

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
И.М. СЕЧЕНОВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

На правах рукописи



Федака Анна Александровна

**Медико-организационное и экономическое обоснование программы скрининга на
послеродовую депрессию**

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,
медико-социальная экспертиза

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук
Авксентьева Мария Владимировна

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СКРИНИНГА НА ПОСЛЕРОДОВУЮ ДЕПРЕССИЮ.....	14
1.1. Послеродовая депрессия: история, определение, критерии диагностики, факторы риска, последствия	14
1.2. Эпидемиология послеродовой депрессии	21
1.3. Диагностические инструменты.....	24
1.4. Зарубежная практика скрининга на послеродовую депрессию.....	29
1.5. Нормативные документы Российской Федерации по охране психического здоровья женщин в период беременности, родов и после родов	45
1.6. Клинико-экономические исследования послеродовой депрессии	58
1.7. Стигматизация и барьеры обращения за психиатрической помощью в послеродовом периоде	61
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	64
2.1. Программа исследования	64
2.2. Методика опроса матерей	65
2.3. Методика сопоставления результатов опросников EPDS и PHQ-2+1, оценка оптимального порога и диагностической эффективности PHQ-2+1.....	74
2.4. Методика систематического обзора с метаанализом	76
2.5. Методика опроса медицинских работников.....	80
2.6. Методика построения и обработки модели для оценки клинико-экономической целесообразности скрининга на послеродовую депрессию.....	88
2.7. Методика прогнозирования результатов внедрения скрининга на национальном уровне	93
ГЛАВА 3. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	96
3.1. Оценка распространенности послеродовой депрессии по данным опроса матерей по шкале EPDS	96
3.2. Сопоставление диагностических порогов опросников EPDS и PHQ-2+1, оценка оптимального порога и диагностической эффективности PHQ-2+1.....	97
3.3. Некоторые факторы риска послеродовой депрессии по данным опроса матерей	104
3.4. Распространенность послеродовой депрессии в Российской Федерации: систематический обзор и метаанализ.....	109

ГЛАВА 4. ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ И ОТНОШЕНИЕ К СКРИНИНГУ НА НЕЕ СРЕДИ МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.....	121
4.1. Осведомленность о послеродовой депрессии, личный опыт послеродовой депрессии и отношение к скринингу среди матерей детей первого года жизни	121
4.2. Осведомленность о послеродовой депрессии, профессиональный и образовательный опыт в области послеродовой депрессии и отношение к скринингу на нее среди медицинских работников	141
ГЛАВА 5. КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СКРИНИНГА НА ПОСЛЕРОДОВУЮ ДЕПРЕССИЮ.....	164
5.1. Модель скрининга и оценка её организационной эффективности: выявляемость, излечиваемость и затраты	164
5.2. Экономическая эффективность скрининга на послеродовую депрессию.....	168
5.3. Прогнозирование результатов внедрения скрининга на национальном уровне.....	171
5.4. Алгоритм скрининга на послеродовую депрессию и рекомендации по его внедрению	174
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	182
ВЫВОДЫ.....	190
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	192
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	193
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	198
ПРИЛОЖЕНИЕ А. Сравнение международных рекомендаций по скринингу на послеродовую депрессию	231
ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Исследование уровня осведомленности о возможных психологических проблемах женщин после родов среди матерей (анкета)	241
ПРИЛОЖЕНИЕ В. Исследование уровня осведомленности о возможных психологических проблемах женщин после родов среди медицинских работников (анкета) ...	254
ПРИЛОЖЕНИЕ Г. Опросники на послеродовую депрессию.....	267
ПРИЛОЖЕНИЕ Д. Характеристика исследований распространённости послеродовой депрессии в Российской Федерации.....	270
ПРИЛОЖЕНИЕ Е. Опросник PHQ 2+1	288
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж. Информационные материалы о послеродовой депрессии.....	290

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Повышение рождаемости является одной из приоритетных задач в Российской Федерации. Увеличение числа семей с детьми, в том числе многодетных, а также укрепление семейных ценностей – цель национального проекта «Семья». В него входят федеральные проекты «Поддержка семьи», «Многодетная семья» и «Охрана материнства и детства», целью первых двух является увеличение числа семей с детьми, оказание им комплексной поддержки, направленной на улучшение уровня и качества жизни. Мероприятия по повышению рождаемости, формированию положительных репродуктивных установок у женщин предусмотрены федеральным проектом «Охрана материнства и детства» на 2025-2030 гг.

Послеродовая депрессия (ПРД) представляет собой важную, но недооцененную медико-социальную проблему. Актуальность проблемы ПРД определяется её высокой распространённостью и серьезными последствиями для матери, ребёнка и общества. По зарубежным данным, распространённость ПРД в среднем составляет 14–17 % [211, 245, 282], при этом в отдельных странах она достигает 35–50 % [281], а более половины случаев остаются нераспознанными [259]. Увеличению числа женщин, испытывающих ПРД, способствовала пандемия COVID-19: уровень распространённости в период пандемии достигал 34 % (95% ДИ: 21-46%), по данным метаанализа Chen с соавторами [283].

В Российской Федерации до настоящего времени заболеваемость ПРД не регистрируется в отчетных формах, а результаты разрозненных отечественных исследований распространённости ПРД никогда не обобщались в систематических обзорах и метаанализах [211, 252].

Одной из ключевых причин недостаточного выявления ПРД является недооценка симптомов самой пациенткой и ее окружением. Послеродовые эмоциональные расстройства нередко воспринимаются как временное состояние, не требующее медицинского вмешательства [15, 269], вследствие чего значительная часть пациенток не обращается за помощью [129]. Имеются ограниченные данные, свидетельствующие, что в России лишь 15–30 % женщин с ПРД ставится соответствующий диагноз и оказывается специализированная помощь [234, 320].

ПРД оказывает влияние не только на психическое состояние женщины, но и на ее взаимодействие с ребенком. Снижается качество жизни, нарушается формирование привязанности, что может препятствовать удовлетворению базовых физиологических и психологических потребностей младенца [146]. У детей матерей с ПРД наблюдаются неблагоприятные когнитивные и поведенческие последствия [122, 231]. Отмечается рост числа

внутрисемейных конфликтов, возникает чувство одиночества, а при тяжёлом течении повышается риск суицидального поведения и инфантицида [132]. По данным исследования *Mathematica Policy Research* [262], послеродовые расстройства настроения и тревожность приводят к совокупным общим (прямым и косвенным) затратам порядка 14,2 млрд долларов ежегодно, что соответствует приблизительно 32 000 долларов на мать и ребёнка в течение первых пяти лет после родов.

Во многих странах для повышения выявляемости ПРД используются программы скрининга: они внедрены, в частности, в США, Канаде, Австралии и странах Европейского союза и Ближнего Востока [309]. Наиболее эффективным считается проведение скрининга в рамках профилактических осмотров ребёнка, что обеспечивает высокий охват матерей.

Российскими клиническими рекомендациями «Нормальный послеродовой период (послеродовая помощь и обследование)» [27] рекомендован прием (тестирование, консультирование) медицинского психолога при признаках послеродового эмоционального дистресса и в группе риска послеродовой депрессии с целью ее профилактики. При этом отмечается, что «рутинное консультирование медицинским психологом с целью снижения частоты развития послеродовой депрессии нецелесообразно».

Таким образом, в Российской Федерации скрининг отсутствует, а медицинские работники зачастую не располагают достаточными инструментами для выявления ПРД. Уровень осведомлённости о ПРД как среди специалистов, так и среди населения остаётся низким [48, 46].

Степень разработанности темы исследования

В Российской Федерации исследования ПРД находится на стадии становления. До сих пор отсутствует централизованная система мониторинга или национальный регистр случаев ПРД, а федеральные органы здравоохранения не публикуют официальную статистику по распространённости или выявляемости заболевания. Это создаёт существенные трудности для формирования доказательной базы и разработки эффективной политики в сфере перинатального психического здоровья.

Существующие исследования носят преимущественно локальный или пилотный характер. В разных регионах страны проведены работы, посвящённые частоте ПРД, факторам риска и валидации диагностических инструментов. Некоторые исследовательские группы [8, 35, 89, 91, 103, 107] изучали связи между социальными и клиническими предикторами ПРД, а также адаптировали и тестировали Эдинбургскую шкалу послеродовой депрессии (англ. *Edinburgh Postnatal Depression Scale*, EPDS), подтвердив ее применимость в русскоязычной выборке. В отдельных исследованиях для оценки депрессивной симптоматики использовались также разные

модификации Опросников здоровья пациентов (англ. *Patient Health Questionnaire*, PHQ), ранее валидированные для выявления депрессии в общей популяции. Однако их диагностическая ценность применительно к ПРД изучена недостаточно, что обуславливает интерес к сопоставлению их результатов со специализированными шкалами, применяемыми в перинатальной практике. Вместе с тем, методологическая неоднородность этих работ, различия в используемых шкалах и порогах оценки, а также ограниченный объём выборки затрудняют обобщение результатов.

Исследования в крупных когортах с участием сотен и тысяч женщин, в том числе в виде онлайн-опросов и проспективных наблюдений, проведённых в последние годы [321, 349], демонстрируют существенно более высокую распространённость ПРД, чем предполагалось ранее: от 34 до 46 % женщин в течение первого года после родов проявляют признаки депрессии. Эти данные резко контрастируют с уровнем официальной диагностики – по экспертным оценкам, в клинической практике ПРД выявляется менее чем у 3 % родильниц [32], что указывает на систематическое недовыявление.

Кроме того, в российских научных публикациях подчёркивается высокая распространённость сопутствующих эмоциональных нарушений в послеродовом периоде – тревоги, субдепрессии, адаптационных расстройств – которые могут затрагивать до 80 % женщин, но не отражаются в официальных регистрах [15]. Это создаёт дополнительное «скрытое бремя» заболевания и подчёркивает необходимость институционализации программ раннего выявления.

Таким образом, несмотря на наличие ряда значимых работ, степень разработанности темы ПРД в России остаётся недостаточной. Отсутствие национального эпидемиологического мониторинга, фрагментарность данных, нерепрезентативность выборок и низкая выявляемость ограничивают возможности для надёжной оценки масштабов проблемы и обоснования организационно-экономических решений. Развитие стандартизированного скрининга, сбор официальной статистики и расширение междисциплинарных исследований представляют собой приоритетные направления для дальнейшего развития этой области.

Цель и задачи исследования

Цель исследования – научно-методическое и организационно-экономическое обоснование внедрения скрининга на послеродовую депрессию в Российской Федерации.

Задачи исследования:

1. Оценить распространённость послеродовой депрессии среди матерей детей первого года жизни с использованием Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии (EPDS) и опросника

здоровья пациента (PHQ-2+1) в одномоментном исследовании, определить возможность применения опросника PHQ-2+1 для скрининга на ПРД.

2. Получить обобщенную оценку распространенности послеродовой депрессии в Российской Федерации на основе систематического обзора с метаанализом.

3. Оценить уровень осведомлённости о послеродовой депрессии и отношение к скринингу на нее среди матерей детей первого года жизни и медицинских работников, выявить возможные проблемы и препятствия для внедрения скрининга.

4. Оценить клинико-экономическую эффективность скрининга на послеродовую депрессию в условиях отечественного здравоохранения в математической модели.

5. Разработать алгоритм скрининга матерей детей первого года жизни на послеродовую депрессию и комплекс рекомендаций по его внедрению.

Научная новизна

В систематическом обзоре с метаанализом получена обобщённая оценка распространённости послеродовой депрессии в Российской Федерации с учётом динамики за последние 5 лет.

Обоснована возможность использования короткого опросника PHQ-2+1 в качестве инструмента первичного скрининга на ПРД в условиях Российской Федерации. Показано, что применение порогового значения ≥ 2 баллов обеспечивает приемлемое соотношение чувствительности и специфичности по отношению к референтному инструменту – опроснику EPDS – и может использоваться для скрининга на ПРД.

Выявлены ранее не систематизированные особенности восприятия симптомов ПРД среди женщин, имеющих детей первого года жизни, включая феномен скрытой нормализации депрессивных проявлений при отсутствии прямого упоминания диагноза. Установлена недостаточная осведомлённость медицинских работников о клинических проявлениях и значимости ПРД.

Выявлено положительное отношение матерей детей первого года жизни и медицинских работников к внедрению скрининга на ПРД, одновременно определены ключевые барьеры его реализации, включая дефицит времени на приём, недостаточную информированность о скрининговых инструментах и ограниченную подготовку медицинских работников по вопросам ПРД.

В модели доказана клинико-экономическая целесообразность трёхэтапного скрининга на ПРД в условиях российского здравоохранения. Спрогнозированы диагностические исходы скрининга с учетом прогностической ценности опросника PHQ-2+1.

Предложен алгоритм скрининга матерей детей первого жизни на послеродовую депрессию и рекомендации по его внедрению на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Теоретическая и практическая значимость работы

Теоретическая значимость исследования заключается в расширении представлений о масштабах, структуре и социально-медицинских особенностях ПРД в Российской Федерации. Полученные результаты дополняют существующие эпидемиологические данные и уточняют возможности применения кратких скрининговых инструментов для раннего выявления ПРД в послеродовом периоде. Включение медико-социологического компонента позволило рассмотреть ПРД не только как клиническую, но и как социально обусловленную проблему, что соответствует междисциплинарной логике социологии медицины и медико-социологического мониторинга [60, 61].

Практическая значимость работы состоит в разработке комплексной модели трёхэтапного скрининга на ПРД, адаптированной к условиям реальной клинической практики первичного звена здравоохранения и учитывающей этапность охвата целевой группы, а также поведенческие барьеры участия. Проведённый клинико-экономический анализ количественно обосновывает целесообразность внедрения скрининговой программы с позиций системы здравоохранения и потенциального социального эффекта.

Результаты медико-социологического исследования создают основу для разработки адресных образовательных и организационных мер, направленных на повышение осведомлённости матерей и медицинских работников о ПРД, снижение практик нормализации симптомов и повышение готовности к участию в скрининговых программах.

Результаты экономической оценки и моделирования могут быть использованы при принятии управленческих решений в сфере планирования бюджета и нормативного регулирования. Масштабирование модели на национальный уровень свидетельствует о потенциальной возможности снижения экономического и социального бремени ПРД за счёт раннего выявления и своевременного вмешательства. Разработанные рекомендации по внедрению скрининга могут быть использованы в системе первичной медико-санитарной помощи и в рамках профилактических программ.

Методология и методы исследования

Для достижения поставленной цели и решения сформулированных задач в работе применён комплексный междисциплинарный подход, включающий элементы эпидемиологии,

социологии, доказательной медицины, клинико-экономического анализа и математического моделирования. Теоретической основой послужили положения о целесообразности раннего выявления психических расстройств в перинатальный период и обосновании медицинских вмешательств с позиции оценки их эффективности и затрат.

Использованы различные методы сбора и обработки данных: информационно-семантический анализ литературы, анкетирование, статистическая обработка первичных данных, систематический обзор и метаанализ, математическое моделирование и расчёт инкрементальных коэффициентов клинико-экономической эффективности. Обработка цифрового материала проводилась с применением программ IBM SPSS (версия 23.0), Microsoft Excel и Python (v.3.11.8) с использованием стандартных пакетов для описательной статистики, χ^2 -критерия, ROC-анализа, z-критерия, а также анализа чувствительности и метарегрессии. Уровень статистической значимости считался достоверным при $p < 0,05$.

Объектом исследования выступали: российские и зарубежные публикации по вопросам ПРД и программ скрининга; женщины, родившие ребёнка в течение года, и прошедшие анкетирование ($n = 360$); медицинские работники, взаимодействующие с женщинами в послеродовом периоде ($n = 303$); опросник PHQ-2+1, данные эпидемиологических и экономических исследований, включая показатели распространённости ПРД, обращаемости, затрат на лечение и профилактику.

Предметом исследования являлись распространённость послеродовой депрессии в РФ, уровень осведомлённости о ПРД среди матерей и медработников, барьеры внедрения скрининга, психометрические и диагностические характеристики опросника PHQ-2+1, а также клинико-экономическая эффективность скрининга как стратегии общественного здравоохранения.

Исследование проводилось в пять этапов: 1) оценка распространённости ПРД в РФ среди матерей детей первого года жизни с использованием шкал EPDS и PHQ-2+1 в одномоментном исследовании и определение возможности применения опросника PHQ-2+1 для скрининга на ПРД; 2) получение обобщенных данных о распространённости ПРД в РФ в систематическом обзоре с метаанализом; 3) оценка уровня осведомлённости о ПРД и отношения к скринингу на нее среди матерей детей первого года жизни и медицинских работников, выявление возможных проблем и препятствий для внедрения скрининга; 4) оценка клинико-экономической эффективности скрининга на ПРД в Российской Федерации в математической модели; 5) разработка рекомендаций по внедрению скрининга на ПРД.

Личный вклад автора

Автор самостоятельно разработала анкету и провела опрос среди матерей детей первого года жизни ($n = 360$) и медицинских работников ($n = 303$) с последующей статистической обработкой полученных данных. На основе систематического обзора с метаанализом автор получила обобщённую оценку распространённости ПРД в Российской Федерации. Автором также обоснован диагностический порог РНQ-2+1 для российской популяции, проведена оценка его диагностических характеристик в сравнении с EPDS.

Автор разработала математическую модель скрининга ПРД и провела клинико-экономический анализ модели с расчётом показателей ИПЗЭ и прироста ЧЛКЖ. Автор принимала участие в апробации результатов исследования на базе медицинских учреждений и в учебном процессе Сеченовского университета, а также подготовила материалы к публикациям и научным выступлениям.

Положения, выносимые на защиту

1. Послеродовая депрессия среди матерей детей первого года жизни в Российской Федерации характеризуется высокой распространённостью, при этом частота ее выявления в исследованиях, проведенных в последние 5 лет, выше, чем в выполненных ранее, что свидетельствует о высокой медико-социальной значимости проблемы.

2. Недостаточная осведомленность о симптомах послеродовой депрессии, высокая частота восприятия многих из них как естественных проявлений послеродового периода наблюдается не только среди матерей детей первого года жизни, но и среди медицинских работников.

3. Матери детей первого года жизни и медицинские работники в целом положительно относятся к проведению рутинного скрининга на послеродовую депрессию, однако препятствиями для его внедрения являются недостаточная информированность о заболевании и об инструментах скрининга, недооценка значимости проблемы и дефицит времени на приеме.

4. Внедрение скрининга на послеродовую депрессию в РФ при относительно небольших затратах приведет к значительному увеличению числа выявленных и вылеченных случаев ПРД при приемлемой стоимости дополнительного года сохраненной качественной жизни.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют пунктам 5, 10, 12, 13, 17 паспорта научной специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность полученных результатов обеспечена соблюдением методологических требований к проведению социологических онлайн-опросов, изложенных в международных руководствах AAPOR (англ. *American Association for Public Opinion Research*) [117] и ESOMAR (англ. *European Society for Opinion and Marketing Research*) [191], включая обеспечение анонимности участия, добровольного информированного согласия, целевого отбора респондентов и контроль логической согласованности ответов. Для оценки наличия депрессивной симптоматики в послеродовом периоде использовались валидированные скрининговые инструменты (EPDS, PHQ-2+1), применяемые на уровне первичной медико-санитарной помощи.

При проведении систематического обзора и метаанализа соблюдались рекомендации PRISMA (англ. *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) [289].

Информационной базой исследования послужили результаты анкетирования матерей и медицинских работников, данные отечественных и зарубежных публикаций, а также официальная статистика. Обработка данных и оценка диагностических и клинико-экономических показателей (чувствительность, специфичность, ИПЗЭ (англ. *Incremental Cost-Effectiveness Ratio*, ICER), показатель «год качественной жизни» (англ. *Quality-Adjusted Life Year*, QALY) проводились с использованием современных методов статистического анализа и математического моделирования, включая анализ чувствительности и прогнозирование результатов на национальный уровень.

Результаты исследования прошли апробацию в рамках выступлений на международных и всероссийских конференциях: I Международная конференция молодых исследователей общественного здравоохранения (2020) [98]; *Geneva Health Forum* (2022) [196]; Форум «ОргЗдрав – 2023» и «ОргЗдрав – 2025» [94, 97]; Всероссийская конференция «Актуальные вопросы профилактики инфекционных и неинфекционных болезней» (2023).

Результаты исследования были апробированы и внедрены в практическую деятельность следующих медицинских организаций: гинекологическое отделение Объединенной больницы Центросоюза РФ; акушерское отделение государственного бюджетного учреждения

здравоохранения Московской области «Долгопрудненская клиническая больница»; отделение для детей раннего возраста, нуждающихся в динамическом наблюдении и реабилитации государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Щёлковский перинатальный центр». Полученные данные использовались при разработке внутренних маршрутов скрининга и выявления послеродовой депрессии у женщин в раннем послеродовом периоде, а также при повышении информированности медицинского персонала по вопросам диагностики, направлений и последующей помощи женщинам с признаками ПРД.

Теоретические положения и методические подходы, сформулированные в диссертационной работе, используются в учебном процессе Высшей школы управления здравоохранением Института лидерства и управления здравоохранением ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) при реализации образовательных программ: дисциплина «Профилактика неинфекционных заболеваний среди детей и подростков» для студентов по направлению подготовки 31.05.02 «Педиатрия»; дисциплина «Салютогенный подход к укреплению здоровья и профилактике заболеваний» для магистров по направлению подготовки 32.04.01 «Общественное здравоохранение», профиль «Салютогенный дизайн».

Практическое применение результатов исследования способствует формированию научно обоснованной стратегии скрининга на ПРД на уровне первичной медико-санитарной помощи и подготовке кадров здравоохранения, ориентированных на реализацию профилактических программ в области охраны материнства и детства.

Публикации по теме диссертации

По результатам исследования опубликовано 7 работ, в том числе: 1 научная статья в журнале из Перечня рецензируемых научных изданий Сеченовского Университета / Перечня ВАК при Минобрнауки России; 2 научные статьи в журналах, индексируемых в международной базе данных Scopus; 4 публикации в сборниках материалов международных и всероссийских конференций.

Основные положения диссертационного исследования представлены в научных журналах «Медицинские технологии. Оценка и выбор» и «Бюллетень НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», а также апробированы на международных конференциях Geneva Health Forum, «ОргЗдрав», конференциях по профилактике неинфекционных заболеваний и в рамках конкурса Агентства стратегических инициатив «Сильные идеи для нового времени – 2025».

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы, приложения. Диссертация изложена на 293-х страницах текста компьютерного набора, иллюстрирована 27-ю таблицами, 60-ю рисунками. Список литературы включает 350 источников, в том числе 107 отечественных и 243 зарубежных.

ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СКРИНИНГА НА ПОСЛЕРОДОВУЮ ДЕПРЕССИЮ

1.1. Послеродовая депрессия: история, определение, критерии диагностики, факторы риска, последствия

История формирования диагноза послеродовой депрессии

Несмотря на то, что послеродовая депрессия (ПРД) как диагностическая категория была официально признана лишь в последние десятилетия, феномен психоэмоциональных расстройств у женщин после родов описывался ещё в античные времена. В трудах Гиппократы содержатся упоминания о «меланхолии» у рожениц, сопровождающейся тревогой, бессонницей и страхами, что может рассматриваться как одно из первых наблюдений послеродовой аффективной симптоматики [134]. В медицинской литературе XIX – начала XX века послеродовые психические расстройства рассматривались в контексте "пуэрипальных психозов", преимущественно тяжёлых форм, включая бредовые и галлюцинаторные состояния. Лёгкие и среднетяжёлые формы депрессии долгое время оставались вне поля научного интереса и нередко трактовались как особенности «женской натуры», «усталость от материнства» или «нервное истощение» [131].

Уже в середине XIX века французский психиатр Луи-Виктор Марсе (Louis-Victor Marcé) предпринял первую попытку систематизировать психические расстройства у женщин в перинатальном периоде. В его труде середины XIX в. «*Traité de la folie des femmes enceintes*» (фр. Тракта́т о безумии беременных женщин) были описаны состояния, соответствующие современным представлениям о ПРД и психозе. Однако прорыв в научной легитимации произошёл в 1990-е годы благодаря работам J. Cooper и L. Murray, которые впервые показали устойчивую связь между депрессивной симптоматикой у матерей и нарушениями в психоэмоциональном развитии их детей [148]. Это способствовало изменению отношения к заболеванию не только как к индивидуальному расстройству, но и как к социально значимой проблеме.

ПРД впервые была официально признана в классификации DSM-IV (англ. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*) [166], где рассматривалась со спецификатором «с началом в послеродовом периоде» (англ. *with postpartum onset*) для большого депрессивного эпизода. В последние два десятилетия наблюдается рост числа исследований, посвящённых ПРД, включая эпидемиологию, факторы риска, последствия и экономическое

бремя. Количество публикаций в базах данных PubMed и Scopus по ключевым словам «*postpartum depression*» увеличилось почти в 9 раз с 2000 по 2023 год [128] (Рисунок 1.1).

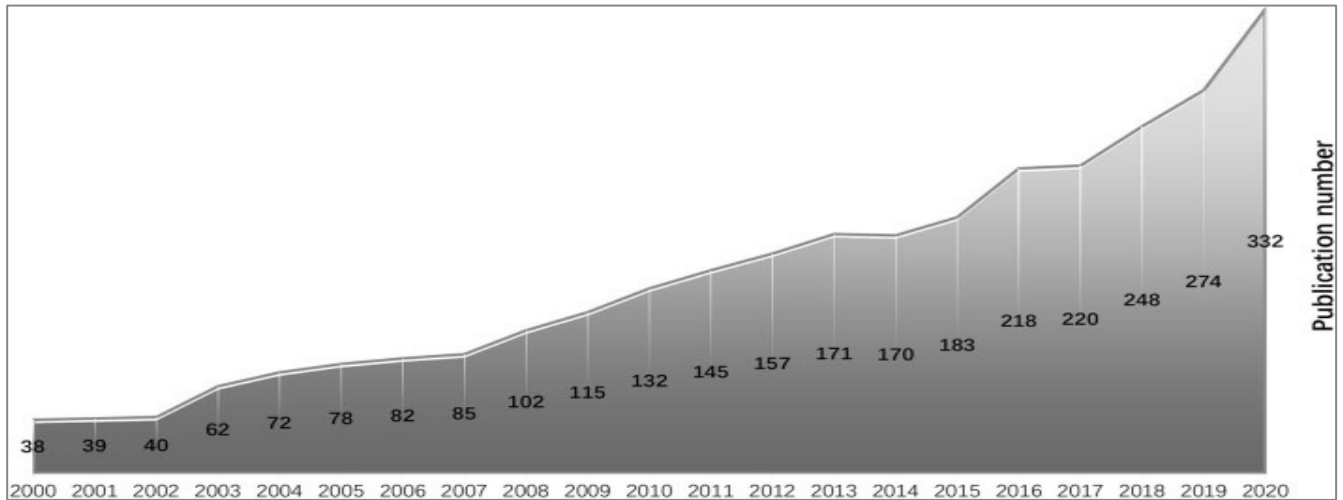


Рисунок 1.1 – Динамика числа публикаций по теме «postpartum depression» за 2000–2020 годы // из: Bibliometrics and visual analysis of the research status and trends of postpartum depression from 2000 to 2020 / X. Bai, Z. Song, Y. Zhou [et al.] // *Frontiers in Psychology*. – 2021. – Vol. 12. – Art. 665181. – DOI: 10.3389/fpsyg.2021.665181. Изображение воспроизведено по лицензии открытого доступа CC BY 4.0 (PMCID PMC8180864)

Таким образом, изучение ПРД прошло путь от стихийных описаний и клинического недоверия к признанию этого состояния как одного из важнейших объектов перинатальной медицины, психиатрии и общественного здравоохранения.

Критерии диагностики, кодирование в международных классификаторах и сроки начала симптомов послеродовой депрессии

В международной практике диагностика ПРД базируется на критериях DSM-5 (англ. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*) [167] и МКБ-11 [235]. В DSM-5 используется формулировка «большой депрессивный эпизод с началом в перипартальный период». Диагноз предполагает наличие не менее пяти симптомов, сохраняющихся в течение определённого времени. К ним относятся подавленное настроение, ангедония, нарушения сна, изменения аппетита и массы тела, психомоторные расстройства, чувство вины, снижение концентрации, утомляемость, а также суицидальные мысли. Обязательным является наличие хотя бы одного из двух ключевых признаков – сниженного настроения или утраты интереса и удовольствия. В МКБ-11 ПРД включается в категорию «депрессивный эпизод», при этом указывается спецификатор «с началом в послеродовом периоде». Симптоматика в МКБ-11 описывается сходным образом: акцент делается на снижении настроения, потере способности

получать удовольствие, повышенной утомляемости, когнитивных нарушениях и возможных суицидальных мыслях, что позволяет унифицировать клиническую диагностику и проводить сопоставимые исследования.

По МКБ-10, для установления диагноза «послеродовая депрессия» требуются не менее двух основных симптомов (подавленное настроение или ангедония) и по крайней мере трех дополнительных продолжительностью не менее двух недель. В целом критерии, представленные в трёх классификациях, во многом совпадают по количеству и продолжительности симптомов. Однако МКБ-10 ограничивает период диагностики коротким послеродовым окном (до шести недель), а DSM-5 включает уточнение «с перипартальным началом» (with peripartum onset) для депрессивных эпизодов, симптомы которых впервые проявились во время беременности, тогда как МКБ-11 рассматривает ПРД в рамках депрессивного эпизода с добавлением спецификатора «с началом в послеродовом периоде», также ограниченного приблизительно первыми шестью неделями после родов.

Вопрос времени начала симптомов ПРД имеет принципиальное значение как для клинической диагностики, так и для планирования скрининга и профилактических мероприятий. Различия в определении временных рамок, предлагаемых международными классификациями и национальными руководствами, напрямую влияют на выявляемость, выбор инструментов скрининга и построение маршрутов оказания помощи. Поэтому представляется необходимым проанализировать существующие подходы к определению периода начала симптоматики ПРД в различных странах и системах классификации. Если по DSM-5, начало симптоматики ПРД должно приходиться на период беременности или первые четыре недели после родов, а по МКБ-10 и 11 – в течение шести недель после родов, то в ряде современных клинических рекомендаций, включая документы NICE (Великобритания, 2020) [121], ACOG (США, 2018) [143], RANZCOG (Австралия и Новая Зеландия, 2021) [250], Riseup-PPD (Европейский регион, 2024) [192], под ПРД понимается депрессивное состояние, возникающее в течение первых 12 месяцев после родоразрешения. Согласно Китайскому экспертному соглашению [194], симптомы ПРД обычно проявляются в первую неделю после родов и становятся особенно выраженными к 4–6 неделе и имеют три клинических этапа: острый (до 6–8 недель), закрепления (4–6 месяцев) и поддержания (до 6–8 месяцев после первого эпизода; при рецидивах до 2–3 лет или более). Руководство Индийской психиатрической ассоциации (англ. *Indian Psychiatric Society*, IPS) [] рассматривает ПРД как депрессивное расстройство, связанное с послеродовым периодом, которое может развиваться в течение первых 4–6 недель после родов. В некоторых случаях, учитывая клиническую практику и эпидемиологические данные Индии, срок начала симптомов может быть расширен до первых 3 месяцев (12 недель) после родов. Таким образом, международные и национальные руководства демонстрируют значительную вариативность в

определении временных границ послеродовой депрессии от нескольких недель до года после родоразрешения.

В Российской Федерации кодирование ПРД в настоящее время производится с использованием МКБ-10 [38], для этого чаще всего используется рубрика F53.0 – «лёгкие и умеренные психические расстройства в послеродовом периоде, не классифицированные в других рубриках». Заболевание также может кодироваться как F32 – депрессивный эпизод с уточнением в клинической документации о связи с родами. Это по сути соответствует подходу МКБ-11, где ПРД также рассматривается как депрессивный эпизод (6A70), но с добавлением квалификатора «с послеродовым началом», если симптомы развиваются в течение примерно шести недель после родов.

При рассмотрении послеродовых психических расстройств также важно разграничивать их различные клинические формы, так как они отличаются по частоте, выраженности симптоматики и потребности в медицинской помощи. ПРД существенно отличается от транзиторных эмоциональных нарушений раннего послеродового периода, известных как «послеродовая хандра» (англ. *baby blues*), которые встречаются у 85 % женщин и, как правило, проходят самостоятельно в течение 7–10 дней [172]. В отличие от них, ПРД сопровождается выраженными нарушениями адаптации, негативно влияет на выполнение материнских функций и требует специализированной диагностики и лечения. Кроме того, существует более тяжёлое и редкое психическое состояние – послеродовой психоз, которое характеризуется острым началом, выраженными психотическими симптомами (бред, галлюцинации), высоким риском для матери и ребёнка и требует неотложной медицинской помощи и госпитализации [172].

Факторы риска послеродовой депрессии

Согласно современным исследованиям, развитие ПРД имеет полиэтиологическую природу и обусловлена взаимодействием множества факторов, включая биологические, психологические и социальные детерминанты.

Одним из ключевых биологических триггеров являются резкие колебания уровня гормонов после родов. Во время беременности уровни эстрогенов и прогестерона значительно повышены, а после рождения ребёнка они стремительно падают, что оказывает влияние на нейрохимические процессы мозга. Снижение эстрогенов связано с ухудшением настроения и снижением нейропластичности, а снижение прогестерона – с нарушением баланса систем, отвечающих за эмоциональную регуляцию [189]. Критично и изменение уровня кортизола, гормона стресса, который регулирует ответ организма на стрессовые ситуации. После родов у

некоторых женщин нарушается его нормальный профиль, что может приводить к усилению тревожности и депрессивных симптомов [280, 171, 302].

Накоплены данные, свидетельствующие о наличии наследственных факторов риска ПРД. Семейный анамнез депрессии или биполярного расстройства повышает вероятность развития ПРД у женщины. Современные исследования в области эпигенетики показывают, что взаимодействие генов и среды могут изменять экспрессию генов, связанных с регуляцией настроения [325, 237].

Женщины с историей депрессии, тревожных или других психических расстройств в анамнезе находятся в группе повышенного риска ПРД. Особое значение имеет наличие эпизодов депрессии во время предыдущих беременностей или в послеродовом периоде [345]. К дополнительным факторам риска относятся неуверенность в своей материнской роли, страхи, связанные с уходом за ребёнком, трудности с грудным вскармливанием. Негативный опыт предыдущих беременностей или родов усиливает тревогу и снижает адаптационные ресурсы женщин [276, 112, 245].

Отсутствие эмоциональной и практической поддержки со стороны партнёра, семьи и друзей считается одним из важнейших факторов риска ПРД. Изоляция, одиночество и недостаток помощи усугубляют психологическое состояние женщин [351]. Низкий уровень дохода, финансовая неопределённость и экономические трудности также негативно влияют на психоэмоциональное здоровье и увеличивают вероятность развития депрессии [253]. Домашнее насилие – один из самых мощных и универсальных социальных детерминант ПРД, физические и психологические формы оказывают сопоставимое влияние [232]. Психологический стресс, связанный с жизненными событиями (потеря близких, конфликты, финансовые трудности) существенно повышает риск возникновения ПРД. Отмечается высокая значимость психотравмирующих событий, перенесённых в детстве и во взрослом возрасте [301]. Также негативно влияют на риск ПРД употребление алкоголя, психоактивных веществ [146] и курение [297].

К поведенческим и потенциально модифицируемым факторам риска ПРД относятся особенности питания, например, есть статистически значимая связь между высоким потреблением напитков с добавленным сахаром и уровнем ПРД [201]. В норвежском когортном исследовании было показано, что низкий омега-3-индекс (отражающий уровень EPA+DHA в эритроцитах) во время беременности ассоциирован с повышенным риском симптомов ПРД по шкале EPDS [247]. Дефицит железа и фолиевой кислоты особенно важен, так как они участвуют в синтезе нейротрансмиттеров, регулирующих настроение [149, 147]. Гестационный диабет также повышает риск ПРД [245].

Таким образом, ПРД формируется под влиянием целого комплекса взаимосвязанных биологических, психологических и социальных факторов. Гормональные колебания, соматические и эндокринные заболевания, наследственная предрасположенность и эпигенетические механизмы создают биологическую основу для развития расстройства. На её выраженность и течение существенно влияют психическая уязвимость, перенесённые ранее психические расстройства, стрессовые события и негативный опыт материнства. Ключевое значение имеют социальные детерминанты – недостаток поддержки, экономические трудности и домашнее насилие, а также модифицируемые факторы, включая особенности питания и поведенческие привычки. Совокупность этих данных подтверждает полиэтиологический характер ПРД и необходимость комплексного подхода к её профилактике и лечению, включающего как медицинские, так и психосоциальные интервенции.

Последствия послеродовой депрессии

Нелеченая ПРД оказывает комплексное неблагоприятное влияние на женщину – от повышенной смертности и сердечно-метаболических осложнений до ухудшения качества жизни, социального функционирования и трудовой продуктивности. У матерей с ПРД отмечается снижение адаптационных возможностей, ограничение социальной активности, высокий риск хронификации депрессии и повторных эпизодов в дальнейшем.

ПРД является одним из факторов, ассоциированных с материнской смертностью, в том числе за счёт повышения риска суицидального поведения [126]. В крупнейшем шведском исследовании ПРД удваивала общую смертность и увеличивала риск смерти от суицида в 6,3 раза в течение первого года после родов [267]. В более широком контексте общих депрессивных расстройств крупный систематический обзор и метаанализ Chan и соавт. (2025 г.), включивший 268 когортных исследований (10 842 094 человека с депрессией и 2 837 933 536 участников в группах сравнения) показал двукратное повышение общей смертности ($RR=2,10$), при этом наиболее выраженным оказался риск смерти от суицида ($RR = 9,89$) [137]. ПРД ассоциирована с избыточным увеличением массы тела после беременности: депрессия в первые 6 месяцев повышает риск прибавки более чем в 5 кг через год [123]. В долгосрочной перспективе это способствует развитию метаболических и сердечно-сосудистых нарушений, что частично объясняет повышенную «естественную» смертность, показанную шведскими регистрами [267]. Женщины с ПРД демонстрируют значительно более низкое качество жизни по всем исследуемым показателям общего состояния здоровья, что отражает ухудшение как физического, так и психического его компонентов [221]. Хроническая усталость, соматические жалобы и нарушения сна усугубляют общее бремя заболевания [146].

Наличие ПРД коррелирует с повышенной конфликтностью в партнёрских отношениях, снижением удовлетворённости браком и ощущением социальной изоляции. Кроме того, отмечается стойкое ухудшение внутрисемейных взаимодействий и сокращение круга социальных контактов [146]. У матерей с ПРД снижается уверенность в себе, они чаще преждевременно прекращают грудное вскармливание и менее адекватно реагируют на сигналы ребёнка, что в свою очередь может нарушать формирование эмоциональной привязанности и оказывать неблагоприятное влияние на психоэмоциональное развитие младенца [146].

ПРД матери оказывает многоплановое влияние на ребёнка – от неблагоприятных перинатальных исходов до отклонений в психическом здоровье в подростковом возрасте. Так, новорождённые женщин с ПРД чаще имеют недостаточный вес или рост, чаще госпитализируются в первый год жизни и хуже спят, у них повышен риск частых инфекций и колик [146]. Механизм связывают с более редким грудным вскармливанием, нерегулярными визитами к педиатру и нарушением психофизиологической синхронизации «мать – дитя» [182]. Крупнейший метаанализ 191 исследования ($n = 195\,751$) показал, что ПРД значительно ухудшает все основные зоны развития ребёнка [122]: социально-эмоциональную ($r = 0,24$), когнитивную ($r = -0,25$), языковую ($r = -0,22$), моторную ($r = -0,07$), а также адаптивное поведение ($r = -0,26$). Нарушения фиксировались уже в конце первого года жизни и не ограничивались младенческим периодом. Дети матерей с ПРД достоверно чаще демонстрируют повышенную возбудимость, агрессивность, регресс сна и/или питания и «трудный» характер [146]. По данным обзора Lancet, нарушение материнской чувствительности ведёт к неуверенной (иногда дезорганизованной) привязанности, что закладывает основу для дальнейших поведенческих отклонений [182]. Постнатальная депрессия матери ассоциирована с более низкими показателями IQ и успеваемости в начальной школе, эффект особенно выражен у мальчиков [182]. В долгосрочной когорте ALSPAC (англ. *Avon Longitudinal Study of Parents and Children*) каждое стандартное отклонение по шкале материнской депрессии во время беременности повышало вероятность депрессии у детей в 18 лет на 28 % [254]. Согласно результатам, представленным в метаанализе R. Tirumalareju и соавторов, у детей матерей с ПРД вероятность развития депрессии во взрослом возрасте была выше на 47 % [231]. Неблагоприятные социально-экономические условия, конфликты в семье и рецидивы депрессии усиливают отрицательное воздействие ПРД, тогда как адекватная поддержка и повышение качества материнского ухода способны частично нивелировать его последствия [122, 182].

Вероятные механизмы межпоколенческой передачи ПРД связаны с нарушением материнско-детского взаимодействия: матери с депрессивной симптоматикой реже улыбаются, менее чувствительно реагируют на сигналы младенца и обеспечивают ограниченный телесный контакт [182]. В результате ПРД матери ассоциируется с широким спектром неблагоприятных

последствий для ребёнка – от задержки раннего психоэмоционального и когнитивного развития и нарушений формирования привязанности до повышенного риска депрессии и других психических расстройств в подростковом возрасте. Также у таких детей чаще наблюдаются поведенческие трудности, сниженные академические достижения и проблемы в межличностных отношениях [231].

ПРД влечёт за собой значимые социально-экономические последствия: увеличивается потребность в медицинской и психосоциальной помощи, снижается трудоспособность женщины, ухудшаются показатели семейного благополучия [262]. Потери работодателей и системы здравоохранения дополнительно усиливают общественную ценность профилактики и раннего лечения ПРД. Так, результаты нидерландского когортного исследования показали, что у женщин с ПРД в первый год после родов количество пропусков работы по болезни было достоверно выше, а объём потребления медицинской помощи существенно превышал показатели у матерей без депрессивной симптоматики [344].

Таким образом, ПРД депрессия представляет собой мультифакторное, потенциально тяжёлое состояние, оказывающее выраженное влияние на здоровье женщины, ребёнка, всей семьи и общества в целом. Во всех ведущих международных руководствах и экспертных документах ПРД рассматривается как серьёзная проблема общественного здравоохранения, требующая мультидисциплинарного подхода, включающего акушеров-гинекологов, врачей общей практики, психиатров, психологов и специалистов по социальной поддержке.

1.2. Эпидемиология послеродовой депрессии

Распространённость ПРД существенно различается в зависимости от региона, социально-экономических условий, культурных факторов и методологии исследования, включая используемые диагностические инструменты. Согласно данным одного из крупнейших метаанализов, включающего 291 исследование из 56 стран, среднемировая распространённость ПРД составляет 17,7 % (95 % ДИ: 16,6 % – 18,8 %) [217]. При этом в странах с высоким уровнем дохода показатель варьирует в пределах 10–15 %, тогда как в странах с низким и средним уровнем дохода он достигает 25–55 % и выше. Эти данные подтверждаются другими метааналитическими обзорами: в частности, Shorey и соавт. сообщают о среднем показателе распространённости 18,6 % [282].

Региональные различия в распространённости ПРД подтверждены рядом исследований. Так, в странах Северной и Западной Европы частота ПРД колеблется от 6 до 15 %, в то время как в Восточной Европе и странах Средиземноморья (Греция, Венгрия) она достигает 20 % [252]. В США и Канаде распространённость оценивается в пределах 12–15 %, в странах Латинской

Америки и Карибского бассейна – 20–30 %. Особенно высокие показатели зафиксированы в странах Южной Азии и Африки, где уровень ПРД достигает 35–50 % [281, 248].

Рост распространённости ПРД в последние годы частично объясняется улучшением выявляемости, но также связан с глобальными кризисами и усилением социальных стрессоров. Пандемия COVID-19, по данным метаанализа Chen и коллег, привела к резкому увеличению числа женщин, испытывающих ПРД: уровень распространённости в период пандемии достигал 30–34 % [283].

Важную роль играют и социально-демографические факторы: наличие поддержки со стороны партнёра и семьи, уровень образования и дохода, опыт насилия, число предыдущих родов, наличие миграционного опыта и хронических соматических заболеваний. В странах с высоким уровнем социального обеспечения (например, Австралия, Великобритания, Нидерланды) уровень ПРД ниже, что связано с доступностью специализированной помощи, антенатального и постнатального сопровождения, а также системами рутинного скрининга [309].

Согласно оценкам ВОЗ, от 50 % до 70 % случаев ПРД в мире остаются невыявленными. Это связано с отсутствием системного скрининга, стигматизацией психических расстройств, недостаточной подготовкой медицинского персонала, а также культурными барьерами обращения за помощью [270]. В странах, где разработаны и внедрены протоколы раннего выявления и маршрутизации женщин с признаками ПРД, достигаются более высокие показатели обращения за помощью и эффективности лечения [121, 215].

В Российской Федерации в настоящее время нет централизованного регистра или программы эпидемиологического мониторинга ПРД. Федеральные органы здравоохранения не публикуют отчёты по этой теме, а популярные медиа и профессиональные сообщества прямо констатируют, что «официальной статистики нет» [50]. Отсутствие институционализированного сбора данных признаётся и в академической литературе: авторы подчёркивают «существенный пробел знаний», связанный с тем, что до сих пор не проводилось комплексных исследований, охватывающих распространённость ПРД на уровне страны [348]. Это приводит к методологически неоднородной картине и не позволяет надёжно оценить бремя заболевания на национальном уровне.

В зарубежных систематических обзорах Россия почти не представлена, что может быть связано с ограничением по языку публикаций. В глобальный метаанализ по распространённости ПРД, опубликованный Z. Wang и коллегами (2021), вошли 565 исследований из 80 стран, из них всего 2 из Российской Федерации, что составляет <0,4 % от совокупной выборки и делает выводы о ситуации в России статистически нерепрезентативными [252]. А в систематическом обзоре J. Hahn-Holbrook с соавторами, включающем данные из 56 стран, сведения по России

отсутствуют [217], как и в обзоре В. Gelaye и соавторов, охватывающем страны с низким и средним уровнем дохода [187].

Исследования, выполненные в нашей стране, различаются по дизайну, размерам выборок, диагностическим шкалам и пороговым значениям. Данные остаются методологически разнородными, что снижает точность оценок. Большое количество работ, из которых можно извлечь данные по распространенности ПРД, было посвящено изучению факторов риска. Например, серия работ под руководством О.В. Рязановой показала связь между методами обезболивания родов и уровнем ПРД [7, 47, 85, 86, 300]. О.А. Иванова и Л.К. Квасова сфокусировались на матерях недоношенных детей и подчёркивали высокую частоту депрессивной симптоматики в этой когорте [20]. Н.В. Богданова и Е.А. Дьякова на материале пермского перинатального центра подтвердили значимый вклад социально-психологических предикторов в развитие ПРД [5].

Некоторые работы касаются валидации скрининговых инструментов, например, первое российское исследование, показавшее валидность русифицированной Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии, выполнили М.В. Шаманина и Г.Э. Мазо в 2015 г.; авторы продемонстрировали удовлетворительную клиническую применимость шкалы у родильниц в Санкт-Петербурге [105]. Чуть позже надёжность и метрики согласованности EPDS на более крупной выборке подтвердили А.В. Голенков и соавторы, что закрепило этот опросник как основной скрининговый инструмент в отечественных работах [8].

Что касается исследований, изучавших непосредственно распространенность ПРД, важно отметить, что если ранние российские работы фиксировали сравнительно низкую распространённость ПРД, например, 9,6 % у родильниц перинатального центра в Санкт-Петербурге в 2018 г. [59] и порядка 18 % в выборке 209 женщин в работе О.В. Рязановой с коллегами в 2017 г. [7], то данные последних пяти лет демонстрируют существенно более высокую частоту клинически значимой симптоматики. Так, в крупном онлайн-исследовании V.A. Yakupova et al. (2022 г.) среди 2 256 женщин, родивших в течение предыдущих 12 месяцев, признаки ПРД по шкале EPDS (порог ≥ 10 баллов) выявлены у 45,7 % участниц [349]. А в проспективном когортном исследовании А. Suarez et al. (2023), проведённом в 2020–2023 гг. на выборке 293 россиянок, распространённость ПРД при том же диагностическом пороге составила 34,1 % [321]. Таким образом, современные многоцентровые репрезентативные исследования показывают, что каждая третья – каждая вторая женщина сталкивается с выраженной депрессивной симптоматикой в первый год после родов. Также российские публикации подчёркивают, что широкий спектр психоэмоциональных нарушений в послеродовом периоде, включая тревожные, адаптационные и субдепрессивные состояния,

затрагивает от 57 до 80 % женщин, что свидетельствует о значительном бремени ПРД в нашей стране [15, 32].

Таким образом, ПРД в Российской Федерации является широко распространённым состоянием. Формирование централизованной системы учёта и скрининга остаётся нереализованной задачей, несмотря на значимость проблемы, неоднократно подчеркнутую как российскими, так и международными авторами. При значительном числе отдельных работ до выполнения настоящего диссертационного исследования не было проведено систематических обзоров распространенности ПРД в РФ, а российские данные либо вообще не учитывались в зарубежных работах, либо учитывались очень ограниченно.

1.3. Диагностические инструменты

Диагностика ПРД базируется на сочетании валидированных шкал для первичной оценки симптомов и последующего клинического интервью для подтверждения диагноза [121, 142, 179]. Целью диагностического процесса является своевременное выявление женщин, испытывающих эмоциональные нарушения, способных повлиять на материнское функционирование, и нуждающихся в психологической или психиатрической помощи.

В клинической практике в качестве скрининговых шкал наиболее часто используются следующие инструменты: Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (англ. *Edinburgh Postnatal Depression Scale*, EPDS), Опросник здоровья пациента-9 (англ. *Patient Health Questionnaire-9*, PHQ-9), а также его сокращённые версии – PHQ-2 и PHQ-2+1. Все опросники прошли валидацию и получили признание в международной клинической практике [84, 153, 243, 342].

EPDS представляет собой шкалу из 10 пунктов, специально разработанную для послеродового периода, сумма баллов составляет от 0 до 30. Пороговый уровень, указывающий на депрессию, может составлять от 9 до 13 баллов, в зависимости от контекста и выборки. При пороге ≥ 10 чувствительность шкалы для англоязычной популяции составляет 86 %, специфичность – 78 %; при пороге ≥ 13 специфичность возрастает до 94 % [109]. EPDS адаптирована для русскоязычного населения и успешно применяется в отечественной практике при диагностическом пороге ≥ 12 имеет чувствительность в 81 %, специфичность 78 % [8, 35]. Согласно клиническим рекомендациям Минздрава РФ «Нормальный послеродовый период (послеродовая помощь и обследование)», приложение Г2 (2024) [27], данный опросник рекомендован для оценки эмоционального состояния женщин в послеродовом периоде. Интерпретация результатов включает следующие диапазоны: ≤ 7 баллов – отсутствие выраженных симптомов, 8–9 – высокая вероятность ПРД (86%), ≥ 10 – показано направление

медицинскому психологу, ≥ 13 – высокая вероятность клинически значимой ПРД (100%). При этом единый диагностический порог для EPDS не установлен, значения существенно различаются между исследованиями и популяциями, что затрудняет сопоставление результатов различных исследований и внедрение единых подходов к скринингу.

Шкала PHQ-9 включает девять вопросов, соответствующих диагностическим критериям большого депрессивного эпизода по DSM-5. Итоговая сумма составляет от 0 до 27 баллов. PHQ-9 может использоваться для оценки тяжести симптомов и как инструмент динамического наблюдения. При пороге ≥ 10 баллов чувствительность для англоязычной популяции составляет 75–88 %, специфичность – 85–94 % [243]. Опросник PHQ-9 был валидирован для применения в Российской Федерации при пороге ≥ 10 чувствительность составила 68,9 %, а специфичность – 93,3 % [84].

Шкала PHQ-2 – это краткая версия PHQ-9, включающая только два первых вопроса: «Как часто за последние две недели у вас был снижен интерес или удовольствие от выполнения ежедневных дел?» и «Как часто за последние две недели у вас было плохое настроение, вы были подавлены или испытывали чувство безысходности?» Каждый из них оценивается по шкале от 0 до 3, итоговая сумма – от 0 до 6 баллов. При пороге ≥ 3 баллов чувствительность для англоязычной популяции составляет около 83 %, специфичность – до 92 % [206]. PHQ-2 широко используется в первичной помощи и как скрининг-инструмент в педиатрических и акушерских учреждениях. Исследование под руководством Е.В. Погосовой также подтвердило его надёжность и диагностическую ценность в русскоязычной версии: при пороге ≥ 3 чувствительность составила 66,2 %, а специфичность – 87,4 % [84].

В ряде клинических практик применяется расширенная версия, PHQ-2+1, включающий дополнительный третий вопрос: «Нужна ли вам помощь по этому поводу?» (*“Is this something you feel you need or want help with?”*). Этот вопрос не оценивается в баллах, однако помогает выявить субъективную готовность женщины к взаимодействию и получению помощи, что особенно актуально в послеродовом периоде, когда стигматизация психических расстройств может препятствовать обращению за поддержкой. В исследовании В. Atroll и соавторов (2005) использование PHQ-2+1 повышало специфичность диагностики депрессии до 94 % при сохранении чувствительности на уровне 75 % [343].

В национальных клинических руководствах, например NICE (2020), применяются так называемые вопросы *Whooley* – короткий скрининговый инструмент, идентичный по содержанию шкале PHQ-2, но с бинарной формой ответа («да» / «нет»), что облегчает интерпретацию результатов в условиях первичной медико-санитарной помощи. При двух положительных ответах рекомендуется проведение дальнейшей оценки [121].

На этапе клинического интервью применяются следующие опросники:

1. CIDI – составное международное диагностическое интервью (англ. *Composite International Diagnostic Interview*, CIDI), представляет собой стандартизированное структурированное интервью, разработанное Всемирной организацией здравоохранения для выявления психических расстройств в рамках эпидемиологических и клинических исследований. Первая версия CIDI была опубликована в 1988 году. Интервью позволяет диагностировать широкий спектр психических расстройств на основе критериев МКБ и DSM, проводится обученным интервьюером и не требует клинической квалификации. CIDI широко применяется в международных популяционных исследованиях, включая проекты ВОЗ WMH (англ. *World Mental Health Surveys*), и используется как «золотой стандарт» валидации скрининговых инструментов, таких как PHQ-9 и EPDS [215].

2. BDI/BDI-II – шкала депрессии Бека (англ. *Beck Depression Inventory*), разработанная А. Т. Беком в 1961 году на основании клинических наблюдений за пациентами с депрессией, в ходе которых были выделены наиболее характерные и частотные симптомы. В 1996 году шкала была пересмотрена и обновлена в виде версии BDI-II. Анкета представляет собой самоопросник, включающий 21 пункт, каждый из которых содержит четыре утверждения от первого лица, отражающих нарастание выраженности симптома, максимальная сумма баллов составляет 63. Клинические пороговые значения: от 14 баллов – признаки лёгкой депрессии, от 20 баллов – умеренной, от 29 баллов и выше – тяжёлой депрессии.

3. HADS – госпитальная шкала тревоги и депрессии (*Hospital Anxiety and Depression Scale*), разработана Зигмондом и Снайтом в 1983 году для выявления тревожных и депрессивных симптомов у пациентов соматических стационаров. Состоит из 14 пунктов, максимальный балл по каждой подшкале – 21. Пороговое значение ≥ 8 баллов указывает на возможное наличие клинически значимых нарушений.

4. HDRS – шкала оценки депрессии Хамильтона (*Hamilton Rating Scale for Depression*), полуструктурированное клиническое интервью, разработанное М. Хамильтоном в 1960 году для количественной оценки выраженности депрессии. Наиболее часто используется версия из 17 пунктов. HDRS применяется в клинической практике и научных исследованиях, включая клинические испытания, интерпретация результатов проводится специалистом.

5. MADRS – шкала оценки депрессии Монтгомери–Оспберга (*Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale*). Создана в 1979 году для оценки выраженности депрессии и динамики симптомов в ходе терапии. Содержит 10 пунктов, каждый оценивается по 7-балльной шкале (от 0 до 6). Шкала демонстрирует высокую чувствительность к изменению состояния и активно применяется в психофармакологических исследованиях.

6. КОЯМ – клинический опросник Яхина и Менделевича. Отечественный инструмент для оценки структуры и выраженности депрессивного синдрома, включающий аффективные,

когнитивные и соматовегетативные компоненты. Разработан для применения в амбулаторной и стационарной практике. Оценка проводится специалистом на основании клинического интервью.

7. CES-D – шкала Центра эпидемиологических исследований депрессии (англ. *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*) была разработана в США в 1977 году и на сегодняшний день является одним из наиболее широко используемых инструментов в эпидемиологических исследованиях, посвящённых депрессивной симптоматике. Опросник состоит из 20 пунктов, направленных на оценку симптомов, наблюдавшихся в течение последней недели. Каждый пункт оценивается по четырёхбалльной шкале от 0 до 3, что позволяет получить суммарную оценку от 0 до 60 баллов. Значение 15 баллов и выше рассматривается как пороговое для выявления риска депрессии.

8. DASS-21 – шкала депрессии, тревоги, стресса (*The Depression Anxiety Stress Scale*) была разработана С. Ловибондом и П. Ловибондом в Австралии и представляет собой сокращённую версию оригинального инструмента DASS-42. Шкала включает три субшкалы самоотчёта – депрессии, тревоги и стресса – по 7 пунктов каждая (всего 21 утверждение). Опросник предназначен для оценки выраженности негативных эмоциональных состояний за последнюю неделю. Каждый пункт оценивается по 4-балльной шкале от 0 до 3, с последующим суммированием баллов по каждой из трёх шкал. DASS-21 используется как в научных исследованиях, так и в клинической практике для скрининга и мониторинга эмоциональных состояний.

9. CIS – структурированное клиническое интервью (англ. *Clinical Interview Schedule*) было разработано Г. Льюисом и коллегами в 1992 году для стандартизированной оценки невротических расстройств в эпидемиологических и клинических исследованиях. Инструмент включает 14 вопросов, направленных на выявление тревожных, депрессивных и соматоформных симптомов. Вариант CIS-R может использоваться как в формате интервью с обученным специалистом, так и в форме самоотчёта. CIS применяется преимущественно в популяционных исследованиях психического здоровья и верифицирован по критериям МКБ.

10. MINI – международное нейropsychиатрическое интервью (англ. *Mini-International Neuropsychiatric Interview*) представляет собой краткое структурированное клиническое интервью, разработанное для выявления наиболее распространённых психических расстройств в соответствии с диагностическими критериями DSM-IV и МКБ-10. Интервью было создано с целью применения в эпидемиологических исследованиях и многоцентровых клинических испытаниях, где требуется быстрое и стандартизированное определение диагноза. MINI может проводиться квалифицированным специалистом в течение 15–20 минут, охватывая широкий спектр психических расстройств, включая депрессию, тревожные расстройства, расстройства

адаптации и суицидальный риск. Благодаря высокой чувствительности и специфичности, инструмент получил широкое распространение в международной практике.

11. SDS – шкала самооценки депрессии Цунга (*Zung Self-Rating Depression Scale*). Разработана Уильямом Цунгом в 1965 году как инструмент для самодиагностики депрессивных состояний в общей медицинской практике. Содержит 20 утверждений, касающихся эмоциональных, когнитивных и соматических аспектов депрессии. Каждый пункт оценивается по 4-балльной шкале, итоговая сумма преобразуется в индекс (от 25 до 100). Значения выше 50 баллов интерпретируются как признаки депрессивного состояния различной степени выраженности. SDS широко применяется как в клинической практике, так и в научных исследованиях.

Несмотря на то, что в основном вышеперечисленные опросники используются для углублённой диагностики, некоторые из них применялись в ряде отечественных и международных исследований для первичного скрининга. Так, русскоязычная версия BDI была задействована в лонгитюдном исследовании динамики депрессии у женщин Архангельска. При пороге ≥ 10 баллов BDI выявлял ПРД у 15,4 % участниц, что сопоставимо с данными EPDS в той же выборке [14]. BDI-II использовался на крупной когорте 953 женщин 4–20 недель и выявил распространённость в 21 % [195]. В другом исследовании Xu S. и соавторы (2024) с помощью SDS зафиксировали ПРД у 23,1 % женщин [188]. HADS был инструментом диагностики в когорте родильниц Санкт-Петербурга ($n = 384$) в исследовании В.А. Резника с соавторами [59]. То есть BDI/BDI-II, CES-D, SDS и HADS могут использоваться как дополнительные или альтернативные инструменты по отношению к EPDS, особенно в случаях, когда необходима сопоставимость с международными исследованиями либо применяется многоинструментальный дизайн.

Таким образом, современный подход к диагностике ПРД основан на многоступенчатой системе, включающей короткий первичный скрининг с высокой диагностической чувствительностью, за которым следует клиническое подтверждение диагноза. На первом уровне используется самоопросник – короткий, чувствительный инструмент (например, EPDS, PHQ-2 или PHQ-2+1, BDI/BDI-II), позволяющий быстро выявить женщин с потенциальной симптоматикой ПРД. Такой скрининг может проводиться как в очном, так и в дистанционном формате, в том числе с участием младшего медицинского персонала.

При положительном результате скрининга необходимо проведение второго этапа – клинического интервью, направленного на подтверждение диагноза в соответствии с критериями DSM или МКБ. На этом этапе могут применяться более развёрнутые диагностические инструменты и клинические интервью. Их использование позволяет уточнить тяжесть, структуру и длительность симптомов, а также оценить динамику в ходе терапии.

1.4. Зарубежная практика скрининга на послеродовую депрессию

Несмотря на высокую распространённость и значительное влияние на здоровье женщины и ребёнка, послеродовая депрессия остаётся часто недиагностированным состоянием. В документе ВОЗ «*Guide for Integration of Perinatal Mental Health in Maternal and Child Health Services*» (2022) подчёркивается, что в странах с низким и средним доходом 76–85 % женщин, страдающих перинатальными психическими расстройствами, не получают никакого лечения. И даже в странах с высоким доходом разрыв остаётся значительным – 35–50 % нуждающихся не получают своевременной помощи. В связи с этим в ряде стран были разработаны стандарты скрининга, ориентированные на раннее выявление ПРД на уровне первичной медико-санитарной помощи [215].

В Великобритании проверка психоэмоционального состояния матерей включена в стандартное оказание акушерско-педиатрической помощи. Клиническое руководство NICE CG19297 предписывает задавать так называемые *Whooley questions* при каждом контакте во время беременности и после родов, а при положительном ответе применять валидированную шкалу, чаще всего EPDS (NICE, 2020) [121].

Королевский колледж акушеров и гинекологов (RCOG) с 2024 г. ссылается на те же алгоритмы и подчёркивает необходимость маршрутизации в специализированные перинатальные службы при подозрении на ПРД (2024) [251]. С 2020 г. нормативы для врачей общей практики закрепили отдельную диагностику ПРД, т.н. «*maternal check*», что формализовало психическую оценку как стандарт первичной помощи. В 2023 г. Национальная служба здравоохранения Англии (*National Health Service England*) выпустила детализированное руководство по проведению этого визита, обновлённое в феврале 2025 г., которое устанавливает минимальную продолжительность (не менее 20 минут), приоритет обсуждения психического здоровья и обязательное использование валидированных инструментов скрининга (NHS England, 2025) [213]. В дополнение, национальная профилактическая программа *Healthy Child Programme 0–19* определяет универсальные визиты патронажных медицинских сестёр (*health visitor*) как ключевой механизм раннего выявления проблем психического здоровья, закрепляя их обязанность проводить психоэмоциональный скрининг матерей и детей и пациентов для дальнейшего обследования и лечения в систему первичной медико-санитарной помощи или специализированные службы (*Department of Health and Social Care*, 2023) [334]. Согласно статистическому отчёту *Public Health England* за 2020/2021 гг., охват патронажными визитами на 14-й день жизни ребёнка, на 6–8-й неделе, а также в 1 и 2 года превышает 90 %, обеспечивая практически универсальный доступ к матерям и создавая надёжные возможности для скрининга (*Public Health England*, 2021) [335]. Тем не менее национальные отчёты указывают, что даже при

действующих процедурах свыше 50 % случаев ПРД всё ещё остаются нераспознанными [168]. Поэтому в 2025 г. запущен проект DAWN-P (*Digital Assessment of Wellbeing for New Parents*), в рамках которого мобильное приложение CareLoop PND предлагает самоконтроль EPDS. Параллельно в нескольких округах апробируются цифровые платформы, интегрирующие EPDS и мессенджеры с автоматической маршрутизацией [168].

Что касается диагностических критериев, то в Великобритании используется порог EPDS ≥ 10 , с чувствительностью в 81 % и специфичностью в 88 % [109]. Современные обзоры подтверждают также и удовлетворительную диагностическую точность вопросов *Whooley questions* и указывают на целесообразность их применения в программах универсального скрининга [338].

В Соединённых Штатах Америки скрининг на ПРД не является обязательным. На национальном уровне существуют лишь профессиональные рекомендации, тогда как юридически обязательные требования устанавливаются (или не устанавливаются) на уровне отдельных штатов. Американская коллегия акушеров и гинекологов (англ. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, ACOG) в своих клинических рекомендациях 2023 года рекомендует проводить обязательный скрининг минимум один раз в антенатальном и один раз в послеродовом периодах. При этом подчёркивается важность не только диагностики, но и готовности клиники к немедленной маршрутизации пациенток и оказанию соответствующей помощи [143]. Рабочая группа США по профилактическим услугам (англ. *United States Preventive Services Task Force*, USPSTF) [336, 337] рекомендует регулярный скрининг всех взрослых, включая беременных и родильниц, а также профилактическое консультирование женщин из групп риска. Американская академия педиатрии (англ. *American Academy of Pediatrics*, AAP) интегрирует скрининг в педиатрическую практику, расширяя окно выявления до 6 месяцев после родов; клинический отчёт AAP подчёркивает необходимость рутинного применения валидированных шкал (EPDS, PHQ-9) при детских визитах и организации маршрутизации женщин в службы психического здоровья [233]. Несмотря на рекомендации профильных организаций, прямые законодательные мандаты на скрининг ввели всего восемь штатов, а скрининг охватывает менее 20 % женщин с детьми по данным Центра политики в области психического здоровья матерей (англ. *The Policy Center for Maternal Mental Health*) [333].

В Австралии универсальный скрининг ПРД закреплён не законом, а клиническими рекомендациями, однако реализуется по всей стране с разной степенью полноты. Согласно национальным руководствам, первичное обследование осуществляют акушерки родильных отделений, врачи общей практики и патронажные медсёстры программ *Maternal-and-Child-Health* [127]. С 2023 г. женщине могут предложить заполнить цифровую анкету iCOPE (англ. *“Integrated Continuum of Perinatal Excellence”*) дома или в клинике, что обеспечивает автоматический подсчёт

баллов и мгновенную маршрутизацию [228]. В практике используют несколько шкал: опросник факторов риска (англ. *Antenatal Risk Questionnaire*, ANRQ) для выявления психосоциальных рисков и EPDS для симптомного скрининга; для аборигенных сообществ рекомендована шкала *Kimberley Mums Mood Scale*. Положительный результат на любом из инструментов должен сопровождаться очной диагностической оценкой по DSM-5 или МКБ-11 и предложением терапии, а при необходимости – медикаментозного лечения; такой маршрут оказания помощи является обязательным элементом федеральных рекомендаций [228]. Мандат на рутинный скрининг был закреплён в Национальной инициативе NPDI (англ. *National Perinatal Depression Initiative*, NPDI) (2008-2013 гг.) [226]. Фактический охват все же остается низким: анализ Департамента здравоохранения штата Виктория показал, что антенатальный скрининг проходит около 33 % беременных, а постнатальный – около 50 % родильниц [127, 299] Таким образом, Австралия остаётся одной из немногих стран, где принцип «*screen all*» задекларирован на национальном уровне уже более десяти лет. Тем не менее отсутствие твёрдого законодательного мандата и равномерного финансирования приводит к тому, что на практике до половины женщин всё ещё не проходят скрининг в рекомендуемые сроки.

В Новой Зеландии закреплён принцип универсального перинатального скрининга, практическая реализация идёт через комплексную программу *Well Child / Tamariki Ora (WCTO)* и первичную медико-санитарную помощь [308]. Программа рекомендует проводить скрининг на ПРД как часть ухода за беременными и женщинами после родов. В качестве «золотого стандарта» используется EPDS, переведённая на самоанский, тонганский, китайский и др. языки с порогом ≥ 12 баллов. Дополнительно применяется PHQ-2, удобная для короткого скрининга, но имеющая культурные ограничения и риск недодиагностики у небелых групп. Недавнее качественное исследование показало, что матери маори часто умалчивают симптомы, если вопросы задаются по опроснику [229].

Стратегический документ министерства здравоохранения Новой Зеландии «*Healthy beginnings*» впервые закрепит перинатальное психическое здоровье как национальный приоритет и обозначил направления развития специализированных служб, включая акцент на уязвимые группы [263]. Однако анализ программы, проведённый в 2021 г. министерством здравоохранения (*Maternal mental health service provision in New Zealand: stocktake*), показал выраженную региональную неоднородность: в ряде округов действуют мультидисциплинарные команды, а в других помощь ограничивается первичной сетью; ключевыми барьерами остаются кадровый дефицит и отсутствие единых маршрутов (*Ministry of Health*, 2021) [264].

Проблемы скрининга в Новой Зеландии, как и в других странах, связаны с необходимостью адаптации порогов для разных этнокультурных групп, нехваткой времени в рамках визитов и отсутствием национальной ИТ-платформы для консолидации результатов. Тем

не менее цифровые инициативы становятся важным дополнением: национальная платформа *Healthify NZ* предлагает открытый онлайн-тест EPDS [176], а перенаправление женщин на портал *Just-a-Thought* привело к росту обращений за помощью на 38 % в 2024 г. [183]. Важную роль играет крупнейшая неправительственная организация *Whānau Āwhina Plunket*, обеспечивающая до 80 % всех патронажных визитов в стране и активно включающая EPDS-скрининг в сопровождение семей [119]. Дополняет систему профессиональное сообщество *Perinatal Anxiety & Depression Aotearoa (PADA)*, предоставляющее доступ к унифицированным инструментам (EPDS, PHQ, GAD-7 и др.) и акцентирующее их использование совместно с клиническим интервью и культурной адаптацией (PADA, 2025) [312].

В Канаде на федеральном уровне Канадской целевой группой по профилактической медицине (*Canadian Task Force on Preventive Health Care*, CTFPHC) в 2022 году было выпущено руководство, которое не рекомендует универсальное инструментальное тестирование беременных и родильниц с использованием любых опросников с пороговым баллом, включая EPDS. Вместо этого клиницистам советуют «быть внимательными к настроению» и при подозрении задавать уточняющие вопросы, а далее – проводить диагностическую оценку. Позиция вызвала оживлённую дискуссию в профессиональном сообществе и критику со стороны перинатальных психиатров [142]. Одновременно Минздрав Канады поддержал публикацию клинических рекомендаций Канадской сети по расстройствам настроения и тревожным расстройствам (*Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments*, CANMAT, 2024) [136, 142, 295].

Тем не менее, опрос акушеров, семейных врачей и медсестёр L.M. Hicks et al. (2022) показал, что более 60 % специалистов не используют стандартизированные опросники, ссылаясь на нехватку времени и отсутствие чётких маршрутов помощи [125]. Среди ключевых барьеров внедрения скрининга в Канаде выделяются отсутствие общенациональной стратегии и единого регистра, а также разрыв между этапами выявления и лечения. Даже при положительном результате тестирования доступ к психиатрической помощи и медикаментозной терапии остаётся ограниченным. Дополнительным фактором является недостаточное финансирование обучения медицинского персонала. После публикации рекомендаций СТФРНС часть клиник отказалась от рутинного скрининга, опасаясь увеличения нагрузки на систему здравоохранения, что в ряде случаев привело к снижению выявляемости ПРД. В то же время в отдельных провинциях (Британская Колумбия, Альберта) проводится апробация цифровой платформы *iCOPE* с автоматической маршрутизацией пациенток. При подтверждении её эффективности модель может быть масштабирована [277, 228, 271].

На региональном уровне реализуются и более комплексные программы, например *Healthy Babies Healthy Children (HBHC)* в Онтарио, включающая домашние визиты медсестёр и

социальных работников, психоэмоциональный скрининг и поддержку формирования родительских навыков (Government of Ontario, 2025) [222]. В целом канадская система характеризуется сочетанием отдельных успешных инициатив при отсутствии единого федерального подхода, что приводит к фрагментарному охвату скринингом.

Панъевропейский подход к диагностике и лечению ПРД был разработан в рамках международного проекта Riseup-PPD (COST Action CA18138, 2023) [192]. В документе подчёркивается необходимость раннего выявления депрессивных симптомов, использования валидированных шкал (EPDS, PHQ-9, Whooley) и интеграции скрининга в систему первичной медико-санитарной помощи. Проект объединил 33 страны и сформулировал 44 рекомендации, охватывающие профилактику, скрининг и лечение перипартумной депрессии. В разделе, посвящённом скринингу, предложен минимальный стандарт: проведение оценки на 4–8-й неделе после родов с повторным обследованием примерно через 6 месяцев. Также подчёркивается необходимость обязательной маршрутизации при выявлении суицидального риска и разработки отдельных подходов для уязвимых групп, включая мигранток и отцов. Дополнительно в рекомендациях отмечается роль цифровых решений. Предложен чек-лист готовности системы здравоохранения к внедрению электронного скрининга, который уже используется в пилотных проектах в Италии и Португалии [192].

Также подход к охране психического здоровья матерей отражён в документах Европейского регионального бюро ВОЗ, где подчёркивается необходимость систематического мониторинга психоэмоционального состояния женщин в перинатальном периоде. В ряде стран, входящих в ЕС, действуют национальные протоколы, основанные на интеграции скрининга ПРД в практику ПСМП (*WHO Regional Office for Europe*, 2022) [215, 256,]. Тем не менее ситуация в отдельных странах остаётся неоднородной.

Так, во Франции принят обязательный Национальный закон раннего скрининга на ПРД (фр. *Entretien Postnatal Précoce*, EPNP) [184], основанный на положениях статьи L2122-1 *Code de la santé publique* [202], закрепляющей право женщин на послеродовое сопровождение, а также статьи 86 закона о финансировании системы социального страхования на 2022 год (*Loi n° 2021-1754*) [203], установившей возмещение оплаты психологической помощи в рамках программы «*Mon soutien psy*». В дополнение, рамочный документ Высшего органа здравоохранения Франции «*Repérage, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnataux: note de cadrage*, 2021» обозначил разработку национальных клинических рекомендаций по выявлению, диагностике и ведению перинатальных психических расстройств, подтвердив приоритетность психического здоровья матерей для всей системы здравоохранения [298]. Существенное политическое внимание к проблеме обеспечила и инициатива «*Les 1000 premiers jours*»: сначала в виде стратегического отчёта, где психическое здоровье родителей и необходимость раннего выявления

ПРД были выделены ключевыми направлениями, а затем в формате мобильного приложения, позволяющего родителям получать достоверную информацию и доступ к службам поддержки (Ministère de la Santé, 2025) [204, 304].

Однако охват всё ещё остаётся низким, а качество инструментария и обучение исполнителей неоднородны. При устойчивом законодательном мандате и цифровой поддержке страна движется в сторону универсального, стандартизированного и культурно-чувствительного скрининга, но для достижения целевого охвата в 60 % к 2026 г. потребуются дополнительное обучение кадров, ИТ-интеграция и финансовые вливания. Согласно данным французского национального исследования в области перинатального здравоохранения «*Enquête nationale périnatale, 2021*», лишь около 30 % женщин сообщили о получении визита по сопровождению психического здоровья через два месяца после родов, при этом охват существенно различался по регионам и типам учреждений, а информирование женщин о праве на EPNP оставалось фрагментарным [185]. Опрос 2023 г. показал, что EPNP предлагают только 53 % специалистов, а 54 % не проходили специальное обучение. Во Франции также нет единой электронной формы, а результаты EPDS часто не попадают к врачу общей практики. Кроме того, женщины опасаются «медикаментозного» лечения и вмешательства социальных служб, поэтому нередко занижают баллы EPDS [154]. При этом многоцентровое исследование 2020–2023 гг. выявило риск ПРД в 28,1 % [334].

В отличие от Франции, Германия пока не имеет обязательной национальной программы скрининга на ПРД. Вместе с тем предпринимаются активные шаги в этом направлении. В частности, разрабатывается клиническое руководство «Перипартальные психические расстройства» (нем. *Peripartale Psychische Störungen*, PERIPSYCH), включающее чёткие рекомендации по диагностике и ведению психических расстройств в перинатальном периоде [272]. На нормативном уровне в 2023 г. обновлено руководство по охране материнства (нем. *Mutterschafts-Richtlinien*), что формально закрепило необходимость психосоциального сопровождения в период беременности и после родов [210]. Кроме того, реализуется масштабный пилотный проект «Обследование для детей и родителей» (нем. *Untersuchung für Kinder plus Eltern – UPlusE*) [230, 335], направленный на внедрение цифрового скрининга на ПРД в акушерских и педиатрических учреждениях, а также программа KID-PROTEKT, ориентированная на интеграцию базовой психосоциальной помощи в систему профилактических осмотров детей (*Gemeinsamer Bundesausschuss*, 2022) [239]. На уровне Министерства здравоохранения Германии также расширена постнатальная акушерская помощь – женщины могут получать поддержку до 12 недель после родов, что создаёт дополнительные точки контакта для выявления ПРД. В рамках проекта UPlusE планируется охватить более 50 % семей к 2026 году [335]. По данным лонгитюдного исследования RiPoD (англ. *Risk for Postpartum Depression*), у

17 % женщин наблюдаются клинически значимые симптомы ПРД (EPDS ≥ 13) на 4–6-й неделе после родов [279].

Испания также не располагает обязательной национальной программой скрининга на ПРД, однако нормативные документы высокого уровня, такие как «*Estrategia de Salud Mental del SNS 2022–2026*» [317] и «*Plan de acción de salud mental 2025–2027*» [318], обозначают перинатальное психическое здоровье как приоритетное направление развития. Национальной группой по подготовке клинических рекомендаций (*Grupo de trabajo para la elaboración de la Guía de Práctica Clínica*, GPC) рекомендовано использовать анкету из двух вопросов и валидированную шкалу EPDS с пороговым значением ≥ 12 баллов, которые уже применяются на практике в большинстве регионов [316]. На деле, однако, ситуация сильно различается между автономными сообществами. Каталония демонстрирует наиболее системный и институционализированный подход: в региональном протоколе «*Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*» (*Departament de Salut de Catalunya*, 2018) закреплены обязательные психоэмоциональные оценки на протяжении беременности и после родов, что позволяет формализовать скрининг на ПРД [292]. В Мадриде с 2022 г. реализуется региональная программа «*Mis primeros 1000 días*», направленная на интеграцию психического и физического здоровья матери и ребёнка в первые три года жизни и включающая меры по скринингу и ранней поддержке при ПРД (*Comunidad de Madrid*, 2022) [144]. В Стране Басков положения о психическом здоровье и сопровождении матерей встроены в *Programa de Salud Infantil* (PSI), который регламентирует комплексное наблюдение за ребёнком и семьёй с акцентом на психосоциальное благополучие (*Departamento de Salud del Gobierno Vasco*, 2021) [291]. В то время как эти регионы формируют устойчивые модели, в большинстве других автономных сообществ внедрение ограничивается точечными инициативами в отдельных учреждениях. Ключевые вызовы для Испании включают отсутствие национального обязательного регламента (нормативный вакуум); кадровые ограничения и ИТ-барьеры; дефицит психиатров вне крупных городов; высокий уровень стигматизации ПРД и тревоги женщин по поводу постановки диагноза и возможного вмешательства социальных служб. Согласно наблюдениям, опасения матерей по поводу последствий выявления депрессии могут приводить к намеренному занижению баллов EPDS, что затрудняет точную диагностику [160]. Официальных национальных данных об охвате скринингом в Испании не опубликовано.

Швеция – одна из немногих стран, где скрининг на ПРД интегрирован в универсальную систему охраны детского здоровья (швед. *Barnhälsovård*, BHV) [128, 302, 324]. Бесплатные профилактические осмотры детей в возрасте от 0 до 6 лет, охват которых превышает 99 % семей, обеспечивают наиболее благоприятную возможность для проведения опроса матерей. Охват скринингом оценивается примерно в 95 %, так как практически все матери заполняют опросник EPDS при визите на 6–8-й неделе после родов. Результаты анкетирования должны заноситься в

электронную медицинскую карту (ЭМК) и автоматически передаваться в Национальный регистр качества (швед. *Barnhälsovårdsregister för kvalitet*, BHVQ) [138, 296, 310]. Однако в шведском исследовании К. Gidén с соавторами (2024) показано, что среди женщин с симптомами послеродовой депрессии, выявленных на 6-й неделе после родов, 58,7 % оставались невыявленными медицинской системой, и 89 % не получили никаких вмешательств. В то же время среди выявленных женщин 90 % получили поддержку, и приблизительно 50 % достигли ремиссии через 6 месяцев [197]. Более того, крупное национальное когортное исследование на основе шведских регистров показало, что наличие ПРД связано с повышенным риском материнской смертности, главным образом вследствие суицидов и соматических осложнений [197]. Дополнительно в Швеции обсуждается расширение скрининга на отцов: моделирование показало, что включение отцов в программы EPDS может быть экономически целесообразным и способствовать улучшению исходов для всей семьи [306]. Представленные данные указывают на то, что даже при высоком охвате скринингом необходимы системные меры по улучшению маршрутизации и обеспечению своевременных вмешательств.

Норвежская система опирается на похожую систему бесплатных осмотров детей (норв. *Helsestasjon 0–5 år*) [224, 265], которая включает в себя 14 визитов до достижения ребёнком 5 лет, включая индивидуальную консультацию для матери в 6 недель, где темой отдельно выделена «родительская психика». Обязательного заполнения EPDS нет, так как ещё в 2013 г. Директорат здравоохранения решил, что скрининг на ПРД не отвечает всем критериям программы общественного здравоохранения, рекомендовав использовать EPDS только в сочетании с клинической беседой (*Helsedirektoratet*, 2022) [224]. Примерно половина муниципалитетов уже внедряют EPDS вместе с поддерживающей беседой под координацией Регионального центра психического здоровья детей и подростков (норв. *Regionsenter for barn og unges psykiske*, RBUP, 2024) [175]. Опросник, как правило, заполняется матерью на приёме медсестры в 6 недель или заранее дома. Результаты обсуждаются во время консультации. Отцам EPDS может быть предложен дополнительно на визите в 3 месяца. Официальный портал *Helsenorge* также фиксирует, что на 6-недельной консультации психоэмоциональное состояние матери является обязательной темой приема. Данные фиксируются в муниципальной ЭМК, однако не передаются в национальный регистр. К основным барьерам относятся отсутствие IT-контура и кадровый дефицит психиатров в отдалённых коммунах [241].

В Дании выявление ПРД осуществляется через два взаимодополняющих канала: муниципальную службу визитов патронажных медсестер (дат. *sundhedsplejen*) и обязательный послеродовой приём у врача общей практики. Национальные рекомендации Датского управления здравоохранения (дат. *Nationale kliniske retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen*, NKR) требуют, чтобы каждая мать проходила первичный скрининг с помощью не позднее восьмой недели после

родов [242]. Показатель охвата для датчанок составляет 72 % и всего 45 % среди мигранток, что подчёркивает необходимость культурно-лингвистических адаптаций [170]. В 2021 г. картирование муниципалитетов показало, что EPDS используют практически все коммуны, но частота повторных скринингов (3–6 мес.) и системность работы с отцами варьируют [242]. Для семей с повышенными трудностями действует инициатива «Ранняя помощь уязвимым семьям» (дат. *Tidlig indsats til sårbare familier*), финансирующая расширенные визиты и углублённую психосоциальную оценку. Надёжность датской версии EPDS подтверждена валидизацией с диагностическим порогом ≥ 11 [340]. Исследования регистров показывают, что медсёстры проводят опрос преимущественно в 6–8 недель, а сравнение EPDS с данными о назначении антидепрессантов выявило недоучёт лёгких случаев [294]. В целом датская модель сочетает универсальный ранний скрининг, повторные проверки для групп риска и доступ к специализированной помощи; её гибкость делает возможным почти полное покрытие при сохранении внимания к уязвимым семьям.

Итальянскую модель скрининга на ПРД формируют Национальная система клинических рекомендаций (ит. *Sistema Nazionale Linee Guida*, SNLG) [238] и ряд региональных инициатив. В клинических рекомендациях от 2024 года прописан универсальный скрининг всех матерей на 6–12-й неделе после родов с помощью EPDS или «*Whooley questions*». При положительном результате женщина направляется к семейному врачу или в консультативный центр психического здоровья; повторный скрининг предусмотрен для групп риска (одинокое матери, семьи с низким доходом, психических расстройств) (*Ministero della Salute*, 2024) [238]. Итальянская версия EPDS демонстрирует чувствительность 94 % и специфичность 87 % при пороге в $\geq 9/10$ баллов, что подтверждает её пригодность для первичного выявления депрессии [178]. Реализацию этого проекта поддерживают региональные программы. Крупнейшая из них – проект BLUES (англ. *Blues Lombardia Universal early E-screening*, 2018-2022), которая включает мобильное приложение с опросниками EPDS или *Whooley*, обучение акушерок методике «*Thinking Healthy*» и домашние визиты. В пилотном проекте участвуют 10 локальных служб, клинически значимое снижение EPDS ≥ 4 баллов получено у 80 % участниц [290]. Для оценки охвата в масштабе страны Министерство здравоохранения создало единый реестр «Итальянская сеть служб перинатального психического здоровья» (ит. *Network Italiano Salute Mentale Perinatale*). По его данным, при использовании EPDS с порогом ≥ 9 ПРД обнаруживается у 24,5 % итальянских матерей [261]. Таким образом, итальянская модель сочетает единые методические рекомендации SNLG и гибкие региональные проекты (BLUES), что обеспечивает постепенное расширение охвата при сохранении клинической точности и ориентации на женщин из групп риска.

Нидерландская система послеродового патронажа (нидерл. *Kraamzorg*) и служба охраны здоровья молодёжи (нидерл. *Jeugdgezondheidszorg*, JGZ) обеспечивает почти повсеместный

контакт с матерью в первые недели после родов (охват порядка 94 %). В Многопрофильном клиническом руководстве по послеродовой помощи (нидерл. *Multidisciplinaire Richtlijn Postnatale Zorg*) [274] указано, что во время визита акушерки на 4–6 неделе после родов должна заполняться EPDS; при баллах ≥ 10 женщина направляется к врачу общей практики или в службу охраны здоровья молодёжи (JGZ), а при суицидальных мыслях – к специалисту службы психического здоровья Королевской нидерландской организации акушеров в тот же день (нидерл. *Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen*, KNOV) [274]. К 12-й неделе служба JGZ повторно запрашивает самочувствие через цифровой дневник или очный опрос. Такая схема позволила некоторым регионам добиться своевременного вмешательства у 82 % женщин с умеренной симптоматикой по данным Коллегии перинатальной помощи (англ. *College Perinatale Zorg*, CPZ, 2024) [177].

В Финляндии система бесплатных государственных клиник матери и ребёнка (фин. *Neuvola*) охватывает профилактическими визитами более 99 % семей (*Ministry of Social Affairs and Health*, 2025) [199]. Институт здоровья и благополучия (*Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, THL) рекомендует использовать EPDS с порогом ≥ 10 на двух точках: 6–8 недель и 4 месяца после родов. При положительном результате медсестра и врач клиники совместно решают вопрос о направлении женщины в службы семейной поддержки (фин. *perhe-palvelut*) или к психиатру (THL, 2023) [200]. Высокая кадровая стабильность клиник *Neuvola* и наличие типового маршрута позволяют выявлять в среднем до 92 % женщин с серьёзными симптомами ещё до их самостоятельного обращения за специализированной помощью [200].

В Бельгии Агентство здравоохранения и ухода (нидерл. *Zorg en Gezondheid*) утвердило «Руководство по скринингу и выявлению перинатальной депрессии и тревожных расстройств» (нидерл. *Leidraad voor de screening en detectie van perinatale depressieve en angststoornissen*), рекомендуемый трёхшаговый подход: короткие *Whooley questions* на 5–10-й день, EPDS (≥ 11) в 6 и 12 недель и, при необходимости, клиническое интервью [244]. Скрининг проводят патронажные медсёстры государственной службы поддержки детей и семей (нидерл. *Kind en Gezi*); при риске мать получает доступ к онлайн-платформе самопомощи и направление в отделение «Мать-ребёнок» (нидерл. *Moeder-Baby*). Это специализированное отделение при психиатрической клинике, где женщины с тяжёлыми формами ПРД или психозом могут находиться на лечении вместе со своим ребёнком. Информационная кампания «Облако в моей голове» (нидерл. *Wolk in mijn hoofd*) позволяет снизить стигматизацию и увеличивает обращаемость за помощью в первый год после родов [275].

Анализ программ скрининга на ПРД в африканском регионе показал, что стандартизованных национальных программ пока значительно меньше, чем в Европе. Однако, несколько африканских стран демонстрируют проработанные модели раннего выявления ПРД, а

ВОЗ продвигает включение скрининга в пакет первичной помощи [215]. Ниже представлены четыре наиболее показательных примера.

ЮАР (Кейптаун, Western Cape). Проект по охране психического здоровья в перинатальный период (англ. *Perinatal Mental Health Project*, РМНР) и провинциальной службы здравоохранения (англ. *Provincial Department of Health*) интегрировало универсальное антенатальное и 6-недельное постнатальное обследование в индивидуальную карту беременной (англ. *Maternity Case Record*). Скрининг проводят медсёстры или консультанты проекта; практический охват составляет 60–70 %. Инструмент скрининга – локально адаптированный краткий опросник из четырех вопросов с немедленным переходом на EPDS при риске, порог ≥ 13 [305].

Министерство здравоохранения Кении (кен. *Wizara ya Afya*) включило оценку ментального здоровья в обновлённое Руководство репродуктивного, материнского, новорождённого, детского и подросткового здоровья (англ. *Reproductive, Maternal, Newborn, Child, and Adolescent Health*, RMNCAH), основу которого составляют валидированные EPDS с чувствительностью в 94 % и специфичностью 88 % при пороге $\geq 9/10$ баллов. На базе этих данных в Найроби тестируется цифровая платформа «Здоровые матери» (англ. «*Healthy Moms*»), позволяющая матерям заполнять опросник через смартфон и автоматически получать направление к клиницисту [164].

Нигерия. После вступления в силу Закона о психическом здоровье (англ. *National Mental Health Act*) несколько университетских клиник, включая *Lagos University Teaching Hospital* запустили пилотный проект универсального скрининга EPDS на визите в шесть недель после родов. Пороговый балл в ≥ 10 был впервые верифицирован ещё в 2007 г. с чувствительностью опросника в 87 %, специфичностью в 92 % [341].

Эфиопия. В программе расширения здравоохранения (англ. *Health Extension Program*, НЕР) сельские медработники используют комбинацию PHQ-9 и EPDS во время домашнего визита на седьмой день после родов и в 6 недель клинике [163].

С региональной точки зрения, опросник EPDS рассматривается как наиболее приемлемый, адаптируемый и удобный инструмент для скрининга послеродовой депрессии, что подтверждается систематическим обзором, охватившим 20 африканских стран. При этом подчёркивается необходимость культурной адаптации шкалы и обучения специалистов навыкам интерпретации результатов [327].

В азиатском регионе программы выявления ПРД развиваются неравномерно, но уже есть несколько показательных моделей, которые можно добавить в сравнительный анализ.

В Китае идет работа по национальному внедрению скрининга на ПРД. В 2020 г. Национальная комиссия здравоохранения (англ. *National Health Commission of the People's Republic of China*, NHC) выпустила «Рабочую схему по профилактике депрессии», обязав

включать оценку психоэмоционального состояния (с использованием PHQ-9 во время беременности и EPDS после родов) в стандартные дородовые и 42-дневные послеродовые визиты (NHC, 2020) [140]. В начале 2025 года вышло совместное постановление NHC и Министерства экономического развития Китая, в котором был закреплён скрининг на ПРД как обязательный элемент базовых услуг и поручил больницам направлять женщин с баллами EPDS ≥ 10 на консультацию к психиатру (NHC, 2025) [139]. Опорой для масштабирования выступает региональный опыт. Так, Шэньчжэнь проводит трёхуровневую программу скрининга с 2013 г.: EPDS заполняется в роддоме и на 42-й день; охват составляет 83 % [328]. Шанхай испытывает модель «Интернет + послеродовой патронаж»: матери заполняют EPDS в мобильном приложении; при баллах ≥ 10 алгоритм автоматически назначает видеоконсультацию [181]. Китайская версия EPDS валидирована, чувствительность составляет 81–94 %, специфичность 86–92 % при пороге в 9–10 баллов [194]. Поэтому именно EPDS фигурирует в национальных документах, а *Whooley questions* и PHQ-9 предлагаются лишь как альтернатива во время беременности. Ключевые особенности китайской модели заключаются в жесткой привязке к обязательным визитам (дородовые и 42 день после родов), что обеспечивает юридически подтверждённый «минимальный охват». Опора на цифровую инфраструктуру (WeChat, мобильные приложения) минимизирует нагрузку на персонал и ускоряет маршрутизацию. Гибкое многоуровневое направление: от врача общей практики до специализированных психиатрических центров, включая телемедицину, призвано улучшить пока что низкую (30–40 %) фактическую обращаемость [181].

Япония. С 2024 года Программа послеродовой помощи (англ. *Postpartum Care Program*) стала обязательным элементом базового пакета услуг «*birth-friendly hospital*», где каждая женщина проходит оценку психического здоровья с помощью EPDS на 2-й неделе или через месяц после родов; результат заносится в электронную карту и автоматически передаётся муниципалитету для назначения поддержки. Программа финансируется на 50 % центральным бюджетом и на 50 % префектурами, что обеспечивает масштабирование даже в малых [322, 323].

Сингапур. Руководство по перинатальному психическому здоровью (англ. *Perinatal Mental Health Guidelines*) колледжа акушеров-гинекологов (англ. *College of Obstetricians and Gynaecologists*, COGS) [268] в 2023 году закрепило универсальный скрининг всех матерей с использованием EPDS (порог ≥ 13) или краткого PHQ-2/*Whooley questions* на 6–8-й неделе после родов; при положительном результате женщину направляют к психиатру или в перинатальный центр [268].

В Республике Корея проблема ПРД активно изучается: по данным национальных исследований, ключевым фактором риска является недостаток социальной поддержки, особенно в первые месяцы после родов [124]. Национальная служба охраны материнства (*Maternal & Child*

Health Service) тестирует цифровую модель – приложение «*Happy Mother*», которое позволяет матерям заполнять EPDS дома и получать когнитивно-поведенческие модули самопомощи; при баллах ≥ 10 данные автоматически передаются клиническому консультанту, который организует телемедицинскую сессию [180]. Эта модель сочетает универсальный скрининг с дистанционными интервенциями и демонстрирует перспективность ИТ-решений для преодоления барьеров доступа к помощи в условиях дефицита психиатров.

Индия (штат Керала). Программа «*Amma Manasu*» (инд. «*Материнский разум*») интегрирована в рутинные дородовые и прививочные визиты: подготовленные общественные медсёстры проводят опрос с помощью EPDS, а при риске обеспечивают маршрутизацию в районную службу психического здоровья [118]. Модель уже охватила более 80 % женских консультаций штата и рассматривается как прототип для расширения по стране [207, 141].

Инициативы азиатского региона демонстрируют три разных пути: государственные субсидии с отчетностью на муниципальном уровне (Япония), клинические национальные рекомендации, опирающиеся на один крупный перинатальный центр (Сингапур), цифровое расширение существующего медстрахования (Корея) и пилот «первичного звена» в рамках программы общественного здравоохранения (Керала, Индия).

Скрининг ПРД в арабском регионе характеризуется фрагментарностью, ограниченным охватом и отсутствием единых национальных протоколов. Несмотря на растущий интерес к проблеме перинатального психического здоровья, во многих странах отсутствуют официальные клинические рекомендации, а проведение скрининга остаётся эпизодическим и нередко зависит от инициатив отдельных учреждений или исследовательских проектов. Чаще всего применяется опросник EPDS, однако он требует культурной адаптации и перевода на местные диалекты. Дополнительным барьером выступают стигматизация психических расстройств и дефицит обученного персонала, способного интерпретировать результаты и обеспечить последующее направление пациенток [116, 186, 260]. Тем не менее опора на страховые стандарты (ОАЭ), KPI-аккредитацию (СА) и цифровые решения (Катар) создаёт устойчивую базу для дальнейшего масштабирования универсального скрининга в регионе.

Объединённые Арабские Эмираты (Абу-Даби). Стандарт Департамента здравоохранения (англ. *Department of Health, DoH*) эмирата Абу-Даби для программ послеродового ухода обязал все лицензированные клиники проводить минимум 4 послеродовых визита, включая дистанционные консультации. На приёме 10–14-го дня медицинский работник оценивает эмоциональное состояние женщины; при EPDS ≥ 13 пациентку немедленно направляют к психологу или к психиатру [329]. Недавнее исследование в 18 первичных центрах показало распространённость риска ПРД в 35 % и подтвердило целесообразность рутинного скрининга.

Финансирование консультаций покрывается обязательной страховкой, что минимизирует барьеры доступа [285].

Катар. В сети государственный поликlinik (англ. *Primary Health Care Corporation, PHCC*) EPDS с порогом ≥ 13 интегрирован в форму 6-недельного визита матери и младенца; ретроспективный аудит 3 096 карт показал охват 90 % и позитивный скрининг у 18 % женщин [158]. Параллельно академический центр в Дохе *Sidra Medicine* тестирует адаптированную профилактическую программу *Mothers & Babies* с повторным онлайн-EPDS и модулями когнитивно-поведенческой терапии (КПТ); протокол РКИ опубликован в 2023 г. [193]. Ожидается, что при положительных результатах программа будет интегрирована в национальные стандарты.

Саудовская Аравия. Руководство по инициативе «Дружественное к матери, ребёнку и семье учреждение родовспоможения» (англ. *Saudi Childbirth Initiative – Mother-Baby-Family Friendly Maternity Care Facility, MBFMF*, 2023) сделало оценку психического состояния матери одним из 10 показателей для аккредитации роддома: учреждение должно использовать валидированный инструмент (рекомендуется EPDS) при выписке и на 42-й день, хранить результаты в ЭМК и обеспечивать маршрутизацию ≥ 95 % положительных случаев. В пилотных сорока двух госпиталях внедрение сопровождалось обучением акушерок и междисциплинарных «MBFMF-команд» [240].

Иордания. С 2023 г. страна входит в Специальную инициативу ВОЗ по психическому здоровью (англ. *WHO Special Initiative for Mental Health, Jordan*), в рамках которой Министерство здравоохранения начало встраивать арабскую версию EPDS с порогом ≥ 10 в карты женских и детских консультаций. Первые пилотные проекты охватывают до 70 % матерей, а дистанционное обучение медсестёр обеспечило базовый кадровый резерв [345].

В Египте пока нет национального стандарта, но исследование в Каире показало, что уже при пилотном использовании EPDS ≥ 13 на шестой неделе «вероятная ПРД» выявляется у 29,5 % женщин [108]. Полученные данные были положены в основу предлагаемых Министерством здравоохранения изменений в программу «Первые 1000 дней жизни» (англ. *«First 1000 Days»*), в рамках которой планируется внедрение обязательного скрининга на ПРД.

Ливан. Регулярный скрининг проводят некоммерческие организации в мобильных клиниках для сирийских беженцев. В рамках пилотного проекта, реализованного в Бейруте, средний балл по шкале EPDS составил 16, при этом пороговое значение ≥ 13 преодолели 75 % сирийских беженок и 48 % ливанок, что подчёркивает острую необходимость системного внедрения скрининга и последующей поддержки [227].

Марокко. Арабская версия EPDS валидирована ещё в 2005 г.; во 2-ю неделю после родов 18,7 % матерей соответствовали критериям депрессии по DSM-IV, а к 6-му месяцу показатель

снижался до 12 %. Несмотря на солидную доказательную базу, универсальный скрининг пока обсуждается лишь в проектах дорожной карты здравоохранения 2025–2027 гг. [111].

Бахрейн. EPDS применяют на 8-й неделе «по усмотрению врача». Популяционное исследование выявило симптомы ПРД у 37 % женщин, и министерство здравоохранения готовит клинический протокол, который впервые закрепит обязательный скрининг [114].

В Омане кафедра общественного здравоохранения Университета Султана Кабуса (англ. *Sultan Qaboos University, SQU*) предложила внедрение рутинного скрининга на ПРД в рамках программ ПСМП, с акцентом на подготовку среднего медперсонала и использование адаптированной версии шкалы EPDS. Модель основывается на точках скрининга в 2 и 8 недель. Эта схема признана обязательным элементом ухода после родов для государственных служб в проекте приказа Министерства здравоохранения Омана (англ. *Ministry of Health, Sultanate of Oman*) [115].

Кувейт. Хотя национальная программа скрининга пока не внедрена, результаты исследования *Kuwait Birth Cohort*, в рамках которого балл EPDS ≥ 13 был зафиксирован у 21 % участниц, побудили рабочую группу Министерства здравоохранения инициировать включение скрининга на ПРД в структуру визитов матери и ребёнка [186].

Таким образом, страны арабского региона постепенно переходят от разрозненных академических инициатив к нормативному закреплению скрининга на ПРД. Общими тенденциями становятся использование валидированной арабоязычной версии шкалы EPDS, фокус на 6-й неделе послеродового периода как оптимальном моменте для проведения скрининга, а также поиск устойчивых механизмов финансирования: через включение в страховые пакеты или привязку к системе аккредитации по ключевым показателям эффективности (KPI). Такая динамика дополняет общую картину региона, показывая разные стадии развития: от полностью институционализированных моделей стран Персидского залива до пилотных проектов, находящихся на этапе подготовки к масштабированию.

В постсоветском пространстве унифицированных государственных программ ПРД пока нет, страны демонстрируют разные стадии готовности – от валидирования инструментов и проведения локальных пилотных проектов до полного отсутствия регламента.

Эстония. Первая валидированная эстонская версия EPDS показала оптимальный диагностический порог ≥ 11 баллов (чувствительность 88 %, специфичность 92 %), авторы настойчиво рекомендуют включить опросник в обязательные послеродовые визиты, хотя приказа Министерства здравоохранения пока нет [326].

Литва. Исследование в Каунасе установило удивительно низкий диагностический порог ≥ 7 и предложило рутинно применять EPDS в первые две недели после родов; пункт об «оценке

материнского настроения» уже включён в «Национальный план психического здоровья 2030», но фактическое внедрение остаётся на уровне инициатив роддомов [133].

Латвия. В 2024 г. Рижский университет им. Страдиня запустил проект «Развитие помощи женщинам с послеродовой депрессией в Латвии» (англ. *Advancing Postpartum Depression Care in Latvia*), который включает в себя валидацию опросников EPDS/PHQ-9 и пилотирование модели маршрутизации в столичных поликлиниках; результаты должны лечь в основу обновлённого «*Maternal & Child Health Action Plan 2027*» [110].

Украина. Онлайн-опрос 1 634 матерей (EPDS ≥ 13) зафиксировал распространённость депрессивных симптомов равную 39 %; ключевыми предикторами оказались финансовые трудности, локдаун и проблемы грудного вскармливания. Формального приказа Министерства здравоохранения ещё нет, но EPDS уже включён в пилотные «*Кабінети здорової мамі*» на уровне первичной помощи [216].

Армения. Телефонное исследование женщин Еревана выявило «возможную ПРД» у 14,4 % (EPDS ≥ 11); опрос выполняют сами терапевты, однако программа остаётся чисто исследовательской [273].

Грузия. Онлайн-опрос показал высокий риск ПРД – 49,6 %, особенно у первородящих; авторы призывают включить EPDS в национальные гайдлайны материнского здоровья [287].

Казахстан. Перекрёстное исследование в Семее выявило симптомы ПРД у 30,7 % (EPDS ≥ 12); результаты легли в проект «Дорожная карта здоровой семьи 2025», где предусмотрено обязательное тестирование на 6-й неделе после родов [286].

По Беларуси и Туркменистане, Киргизии, Узбекистане и Таджикистане данных о скрининге на ПРД обнаружено не было.

Таким образом, страны постсоветского пространства находятся на ранней стадии внедрения скрининга на ПРД. Балтийские страны уже имеют надёжную валидизацию инструмента, но ждут нормативных актов; Украина и Казахстан демонстрируют масштабные эпидемиологические исследования, подстёгивающие разработку нормативных актов; Закавказье и Центральная Азия пока ограничены локальными исследованиями, а многие республики вовсе не публиковали данных. Все обнаруженные пилотные проекты используют EPDS с разным пороговым баллом. Ни одна из стран пока не приняла обязательный национальный стандарт; наиболее близки к нему Литва (Стратегия-2030) и Казахстан (Дорожная карта-2025). Общие для региона проблемы: отсутствие государственного финансирования, дефицит обученных специалистов в первичном звене и слабая или отсутствующая маршрутизация после положительного скрининга.

Таким образом, на сегодняшний день ведущие международные профессиональные сообщества и организации здравоохранения включили рекомендации по скринингу на ПРД в свои

клинические руководства, отличаются подходы к срокам, методам и ответственным специалистам. Большинство стран рекомендуют проведение скрининга в течение первых 6–12 недель после родов с использованием шкал EPDS, PHQ-2 или *Whooley questions*. В ряде стран, таких как США, Канада и Германия, акцент делается на ресурсоориентированную модель с учётом возможности организации последующего лечения. Российская система здравоохранения, несмотря на отсутствие федеральных регламентов, может заимствовать элементы международных моделей, включая краткие инструменты оценки, интеграцию скрининга в патронажную службу и обучение специалистов первичного звена.

Обобщённые данные о методах скрининга, используемых инструментах, сроках проведения и исполнителях приведены в сравнительной Таблице А.1, размещённой в Приложении А.

1.5. Нормативные документы Российской Федерации по охране психического здоровья женщин в период беременности, родов и после родов

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинская помощь и профилактика заболеваний обеспечиваются системой государственных гарантий, реализующей право каждого гражданина на охрану здоровья. Статья 12 закрепляет приоритет профилактической направленности здравоохранения, который реализуется через разработку и выполнение программ формирования здорового образа жизни, а также через санитарно-профилактические мероприятия, раннее выявление заболеваний и диспансерное наблюдение. Особое внимание уделяется охране здоровья детей, как ключевому условию его физического и психического развития (статья 7). Дети подлежат особой защите и обладают приоритетным правом при оказании медицинской помощи. Органы государственной власти и местного самоуправления обязаны разрабатывать и реализовывать программы, направленные на профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний, снижение материнской и младенческой смертности, а также формирование мотивации к здоровому образу жизни у родителей и детей. Статья 51 закрепляет права семьи в сфере охраны здоровья, включая право граждан на бесплатные консультации по вопросам планирования семьи и медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений. Статья 52 подчеркивает государственные гарантии охраны материнства: каждая женщина в период беременности, во время родов и после родов обеспечивается медицинской помощью в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Предусматривается также социальная поддержка семей с детьми [62].

Согласно Указу Президента Российской Федерации от 7 мая 2024 г. № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года», приоритетами государственной политики определены сохранение населения, укрепление здоровья и повышение благополучия граждан, поддержка семьи, а также создание условий для раскрытия потенциала каждого человека.

В документе установлены конкретные целевые показатели: повышение суммарного коэффициента рождаемости до 1,6 к 2030 году и до 1,8 к 2036 году, включая ежегодный рост рождаемости третьих и последующих детей; увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 году и до 81 года к 2036 году при опережающем росте продолжительности здоровой жизни; а также снижение к 2030 году суммарной продолжительности временной нетрудоспособности граждан трудоспособного возраста за счёт развития профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни. Для достижения этих национальных целей, целевых показателей и решения задач, определённых указом, сформулированы национальные проекты «Семья», «Продолжительная и активная жизнь», «Молодёжь и дети», ориентированные на укрепление демографического потенциала, поддержку семьи путем обеспечения условий для рождения и воспитания детей, а также помощи женщинам в период беременности, родов и материнства [83].

Так, целью национального проекта «Семья» (утв. Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации) (по состоянию на 12 мая 2025 г.) определено увеличение числа семей с детьми, в том числе многодетных, а также укрепление семейных ценностей. В рамках данного проекта сформированы федеральные проекты «Поддержка семьи», «Многодетная семья» и «Охрана материнства и детства», целью первых двух является увеличение числа семей с детьми, оказание им комплексной поддержки, направленной на улучшение уровня и качества жизни. Например, предоставления комфортной среды в образовательных организациях для молодых студенческих семей и матерей с детьми, проведения различных просветительских и досуговых мероприятий, создание на базе вузов комнат матери и ребенка и/или групп кратковременного пребывания. В целях стимулирования рождения очередных детей, а также улучшения жилищных условий семей с детьми продолжают реализовываться мероприятия по предоставлению семьям с детьми ипотечного кредита (займа) по программе «Семейная ипотека», а также предоставлению материнского (семейного) капитала [83].

Федеральный проект «Охрана материнства и детства» с периодом реализации 2025-2030 гг. направлен на поддержку семьи на всех этапах: от планирования беременности до раннего детского возраста; повышения качества и доступности медицинской помощи гражданам, планирующим ребёнка, беременным женщинам и детям, защиту материнства, охрану здоровья детей и подростков, а также на укрепление репродуктивного здоровья. Для достижения этой цели

предусмотрен комплекс мер, направленных на совершенствование медицинской помощи в сфере акушерства и педиатрии, развитие профилактических программ и повышение качества медико-социальной поддержки семей, куда входит расширение сети женских консультаций, модернизация перинатальных центров, детских поликлиник и больниц. В женских консультациях планируется внедрить новые подходы к работе, включающие мероприятия по повышению рождаемости, формированию положительных репродуктивных установок у женщин, повышению эффективности консультирования с использованием мотивационного анкетирования и освоению медицинскими работниками речевых модулей по работе с семьями в состоянии репродуктивного выбора [83]. Таким образом, развитие мер по охране психического здоровья матерей и укрепление системы психосоциальной поддержки женщин в послеродовом периоде прямо соответствует стратегическим задачам государства в сфере семейной политики: способствует росту рождаемости, обеспечивает устойчивость семей, благоприятные условия для развития детей и влияет на репродуктивное поведение.

Национальный проект «Продолжительная и активная жизнь» реализуется для достижения целей сохранения населения, укрепления здоровья и повышения благополучия граждан, формирования культуры здорового образа жизни и снижения факторов риска. Проектом предусмотрено увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни, в 1,5 раза к 2030 году, а также достижение уровня удовлетворённости населения оказанием медицинской помощи не менее 55 % к концу 2030 года [83].

Задача укрепления здоровья населения и повышения продолжительности активной жизни напрямую связана с вопросами психического здоровья. При этом ПРД, являясь одним из наиболее распространённых психических расстройств у женщин репродуктивного возраста, оказывает существенное влияние на качество жизни, участие в социально-экономической деятельности, состояние здоровья матери и ребёнка. Несмотря на очевидную значимость охраны материнства, вопросы психического здоровья матерей в приведенных стратегических документах представлены недостаточно: значение ПРД как фактора, влияющего на здоровье женщины, качество жизни женщины и семьи в целом, развитие ребёнка, стабильность семейных отношений и дальнейшие репродуктивные решения практически не выделяется.

Психиатрическая помощь в Российской Федерации является частью государственной системы охраны здоровья и осуществляется в соответствии с Законом Российской Федерации от 2 июля 1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» [16] и Приказом Министерства здравоохранения РФ от 14 октября 2022 г. № 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» [66]. Организационная структура включает амбулаторный, полустационарный, стационарный и социально-реабилитационный уровни. В оказании

психиатрической помощи участвуют врачи-психиатры, психотерапевты, медицинские психологи, социальные работники и медицинский персонал, прошедший специальную подготовку. Психиатрическая помощь относится к видам специализированной медицинской помощи и предоставляется гражданам бесплатно в рамках Программы государственных гарантий. Финансирование осуществляется за счёт средств федерального и региональных бюджетов, а также средств обязательного медицинского страхования (ОМС). Учреждения федерального подчинения получают финансирование из федерального бюджета, региональные и муниципальные психиатрические службы – из бюджетов субъектов Российской Федерации, при этом расходы на амбулаторную и стационарную помощь частично покрываются средствами ОМС. Дополнительно могут использоваться иные источники, не запрещённые законодательством, включая благотворительные фонды и гранты.

Система перинатальной психопрофилактики и психологического консультирования интегрирована в стандартную медицинскую помощь женщинам во время беременности и сразу после родов. Так, в Программе государственных гарантий (ПГГ) (Постановление Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2024 г. № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов») [82] предусмотрено, что консультации медицинского психолога женщинам в период беременности, родов и послеродового периода входят в базовую программу ОМС, и являются частью гарантированного объёма первичной и специализированной медицинской помощи. Такой же подход отражен в Постановлении Правительства Москвы от 27 декабря 2024 г. № 3163-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» [44]. Включение этой услуги в ПГГ отражает признание государственной политикой важности охраны психического здоровья женщин в репродуктивном периоде: возможность получения психологической помощи нормативно закрепляется не только при наличии выраженных психических расстройств, но и при начальных симптомах, а также профилактически во время беременности.

До конца 2025 г. ключевые организационные требования к оказанию помощи по профилю «акушерство и гинекология» задавались Приказом Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н [65]. В рамках этого Порядка женская консультация была ориентирована не только на медицинское наблюдение, но и на медико-социальное сопровождение: предусматривались психологическая помощь и межведомственное взаимодействие, а также работа кабинетов медико-социальной помощи, организационно подкреплённая Приказом Минздравсоцразвития РФ от 01.06.2007 № 389 [71]. При этом фактический фокус таких подразделений в практике оставался преимущественно на социальной поддержке, репродуктивном выборе и профилактике

неблагоприятных ситуаций, тогда как задачи системного выявления и маршрутизации ПРД были обозначены ограниченно и не сопровождалась единым алгоритмом скрининга.

С конца 2025 г. нормативная база актуализирована Приказом Минздрава России от 19.12.2025 № 747н [64], которым утверждён новый Порядок оказания помощи по профилю «акушерство и гинекология». В нём, с одной стороны, сохраняется преемственность организационной модели (включая использование ряда учётных форм, отсылающих к формам из приказа № 1130н, с указанием срока их действия). С другой стороны, новый Порядок расширяет и конкретизирует регламентацию мероприятий послеродового периода в рамках деятельности женской консультации: среди основных функций прямо указаны «наблюдение и психологическое консультирование женщин после родов», а также патронаж на дому, включая послеродовой период. Дополнительно закреплён механизм преемственности наблюдения после выписки: родильница подлежит направлению в женскую консультацию для дальнейшего диспансерного (амбулаторного) наблюдения, а при неявке в течение 14 дней после родов предусмотрено проведение послеродового патронажа на дому медицинскими работниками, в том числе с привлечением мобильной бригады. Врач акушер-гинеколог женской консультации обеспечивает наблюдение в послеродовом периоде и при необходимости направляет женщину на психологическое консультирование «в целях предупреждения, раннего выявления и лечения осложнений послеродового периода». Важное отличие № 747н состоит и в более конкретном закреплении участия психолога в рутинной помощи: при нормальной беременности предусмотрены консультации медицинского психолога (психолога) не менее двух раз за весь период наблюдения. В рекомендуемых штатных нормативах женской консультации закреплены должности специалиста по социальной работе (не менее 1) и медицинского психолога/психолога (1 должность на 8 должностей врачей-специалистов), что институционально поддерживает возможность регулярной психопрофилактики и консультирования. Отдельно описана работа кабинета психологической и медико-социальной помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации: его специалисты (психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе и юрист) могут участвовать в патронаже беременных и родильниц из групп социального риска.

Помимо медицинских работников, важную роль в системе поддержки женщин и семей играют специалисты социальной сферы, деятельность которых также регламентирована квалификационными характеристиками и профессиональными стандартами.

Так, Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих» [72], раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» предусмотрена должность инструктора по

гигиеническому воспитанию, который отвечает за организацию мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения и формирование навыков здорового образа жизни. В его обязанности входит выявление факторов риска, проведение санитарно-просветительной работы, анкетирование населения в рамках профилактических программ, а также организация обучающих мероприятий и взаимодействие с учреждениями социальной сферы. Деятельность такого специалиста ориентирована на повышение информированности населения и формирование устойчивых моделей поведения, способствующих сохранению здоровья. Кроме того, приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 18 июня 2020 г. № 354н «Об утверждении профессионального стандарта «Социальный работник» [80] регламентирует специальность и трудовые функции такого специалиста в сфере предоставления социально-бытовых, социально-медицинских и социально-психологических услуг получателям. А приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 14 сентября 2023г. № 717н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по работе с семьей» [81] закрепляет отдельного специалиста, в функции которого входит оказание помощи разным типам семей и социальная поддержка семьям с детьми на основе выявления семейного неблагополучия, оздоровления социально-психологической обстановки в семье, повышения ответственности родителей за воспитание детей.

В клинических рекомендациях и нормативных документах разных ведомств всё чаще появляется упоминание о ПРД и в общем подчеркивается важность эмоционального состояния женщин во время беременности и после родов. Отмечается необходимость снижения влияния факторов риска, предупреждения развития ПРД, проведения оценки психологического благополучия, а также предусмотрены определённые алгоритмы действий при выявлении тревожных признаков.

Так, согласно клиническим рекомендациям (КР) «Нормальная беременность» (утв. Министерством здравоохранения Российской Федерации, 2023 г.) [26] рекомендовано дважды направить беременную пациентку на консультацию медицинского психолога с целью снижения риска акушерских и перинатальных осложнений и формирования положительных установок на вынашивание и рождение ребенка. Подчеркивается, что эти консультации также важны для снижения риска послеродового эмоционального дистресса и ПРД, особенно в группах риска (при наличии в анамнезе тревожных и депрессивных расстройств, трудностей при становлении лактации, гибели или наличии заболевания у ребенка, экономической и социальной незащищенности). Обязательной группой для консультирования медицинским психологом являются женщины, находившиеся в ситуации репродуктивного выбора, принявшие решение сохранить беременность и родить ребенка.

В КР «Нормальные роды» (утв. Министерством здравоохранения Российской Федерации, 2024 г.) [28] подчёркивается важность психоэмоционального состояния женщины как фактора,

влияющего не только на течение родов, но и на послеродовую адаптацию и риск депрессивных расстройств. В документе указывается, что применение немедикаментозных методов обезболивания и релаксации, включая аудиоаналгезию (музыка, белый шум, звуки природы), способствует снижению уровня тревожности и эмоционального напряжения, что, в свою очередь, рассматривается как элемент профилактики ПРД.

В КР «Нормальный послеродовой период (послеродовая помощь и обследование)» (утв. Министерством здравоохранения Российской Федерации, 2024 г.) [27] указано, что в течение первых недель после родов у части женщин может наблюдаться послеродовой эмоциональный дистресс (или «бэби-блюз») – временное состояние, проявляющееся снижением настроения, плаксивостью, раздражительностью, тревожностью, нарушениями сна и концентрации внимания. Это состояние развивается через 2–3 дня после родов, достигает пика в течение нескольких суток и обычно проходит самостоятельно в течение двух недель. При признаках более серьезного эмоционального неблагополучия, а также в группе риска ПРД рекомендован прием (тестирование, консультирование) медицинского психолога с профилактической целью. При этом отмечается, что «рутинное консультирование медицинским психологом с целью снижения частоты развития послеродовой депрессии нецелесообразно». Вместо этого предлагается использовать Эдинбургскую шкалу послеродовой депрессии для оценки выраженности признаков эмоционального дистресса в баллах, где: «баллы 8-9 и выше свидетельствуют о высокой вероятности ПРД (примерно в 86% случаев). Баллы выше 13 свидетельствуют о 100% вероятности ПРД. При получении ≥ 10 баллов по опроснику необходимо направить пациентку на прием (тестирование, консультирование) медицинского психолога». Кроме того, КР предусматривают повторный прием врача-акушера-гинеколога через 30–45 дней после родов с целью профилактики и выявления послеродовых осложнений, а также рекомендуют поощрять физическую активность, уход за собой, соблюдение гигиены сна, получение социальной поддержки и помощи в уходе за ребенком как меры психопрофилактики.

В план проведения региональных тематических мероприятий по профилактике заболеваний и поддержке здорового образа жизни на 2024 год (Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18 декабря 2023 г. № 21-5/И/2-23781) [63], в рамках недели популяризации грудного вскармливания подчеркивается необходимость «повышение устойчивости мамы к стрессам, снижение послеродовой депрессии».

Включение этих положений закрепляет важную роль психологической помощи в системе акушерско-гинекологического звена и подчёркивает необходимость комплексного подхода, включающего медицинские, психологические и социальные аспекты охраны репродуктивного здоровья женщины. Вместе с тем, вопросы системного выявления и сопровождения ПРД в действующих регулятивных документах отражены ограниченно. Поддержка женщин после родов

преимущественно рассматривается в контексте эмоциональной адаптации и социальной помощи, тогда как стандартизированные алгоритмы скрининга, маршрутизации и оказания специализированной психологической помощи при послеродовых аффективных расстройствах на уровне акушерско-гинекологической службы пока не сформированы в должной мере. Положения носят общий характер, в результате чего даже при наличии упоминаний о необходимости наблюдать за эмоциональным состоянием матери, практики системного и регулярного выявления ПРД на уровне первичного звена нет, так как отсутствует конкретизация механизмов и стандартов раннего выявления депрессивных и тревожных расстройств в послеродовом периоде, не определены единые подходы к организации скрининга, алгоритмы направления к специалистам, объём необходимой медико-психологической помощи и показатели эффективности оказания такой помощи.

Отсутствие систематизированных мер указывает на необходимость уточнения нормативных основ и разработки целевых программ в сфере перинатального психического здоровья, что позволит не только повысить качество медицинской помощи в послеродовом периоде, но и внесёт вклад в достижение национальных демографических и социально-экономических целей.

Более того, эти положения касаются непосредственно перинатального периода, в то время как манифестация ПРД может происходить значительно позже: от четырех недель после родов до года и более. Женщины, сталкивающиеся с эмоциональными трудностями и проявлениями ПРД в этот период, либо вовсе не попадают в зону внимания соответствующих специалистов, либо оказываются под наблюдением существенно реже, чем это необходимо. В первый год после родов система здравоохранения переключается на состояние ребенка и организацию раннего детского наблюдения, при этом психологическое состояние матери остается без должной оценки, а ПРД – недиагностированной и нелеченой. С учётом того, что именно специалисты, непосредственно работающие с матерью и ребёнком после выписки из родильного дома – врачи-педиатры, неонатологи, врачи общей практики, участковые медицинские сестры и др., – имеют регулярный доступ к женщине в первые месяцы жизни ребёнка, логичным и необходимым шагом является включение задачи выявления признаков ПРД депрессии в сферу их компетенций. Такой подход позволяет своевременно выявлять группы риска, направлять женщин на специализированную помощь и, тем самым, снижать риск неблагоприятных последствий для матери, ребёнка и семьи в целом.

Эти специалисты и в настоящее время наделены рядом функций, которые подразумевают внимание к психическому благополучию женщины и семьи в целом. В должностных обязанностях и профессиональных стандартах содержатся положения о необходимости формирования здорового образа жизни, выявления факторов риска, проведения

профилактической работы, оценки медико-социальной ситуации семьи, а также оказания психологической поддержки. Однако прямое, адресное указание на необходимость систематической оценки психического состояния матери в существующих документах отсутствует. Таким образом, формально специалисты располагают функциональной рамкой, допускающей такую деятельность, но не имеют чётко сформулированного нормативного требования и стандартизированного инструментария.

Так, согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» [72], врач-неонатолог проводит «санитарно-просветительную работу с матерями и родственниками новорожденных..., оказывает психологическую поддержку родственникам больных детей». Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 14 марта 2018 г. № 136н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-неонатолог» [77], дополняет эти функции за счет обязанности по «проведению и контролю эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения», а также наделяет врача-неонатолога правом получения информации о состоянии здоровья матери ребенка.

Согласно приказу № 541н [72], в должностные обязанности врача общей практики входит комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, содействие в решении медико-социальных проблем семьи, а также проведение «... анализа состояния здоровья прикрепленного контингента, профилактики заболеваний, мероприятий по укреплению здоровья населения, включая формирование здорового образа жизни, ... профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболеваний и факторов риска». Врач терапевт-участковый «выявляет и осуществляет мониторинг факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний. Осуществляет первичную профилактику в группах высокого риска... Организует и проводит мероприятия по санитарно-гигиеническому просвещению (школы здоровья, школы для больных с социально значимыми неинфекционными заболеваниями и лиц с высоким риском их возникновения)». В приказе Министерства труда и социальной защиты РФ от 21 марта 2017 г. № 293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)» [76] трудовая функция «Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения» также сопровождается ранним выявлением хронических неинфекционных заболеваний и

основных факторов риска их развития, назначением «профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска» и «формированием программ здорового образа жизни».

Врач-педиатр «...осуществляет пропаганду здорового образа жизни и профилактику заболеваний», что прямо указано как в приказе № 541н, так и подтверждается приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27 марта 2017 г. № 306н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-педиатр участковый» [78]. Согласно ему, специалист «...организует и проводит индивидуальное и групповое профилактическое консультирование родителей, разъясняет современные научно обоснованные рекомендации по вопросам личной гигиены, ...планирования семьи и ведения здорового образа жизни», а также «...информирует о факторах риска для здоровья и заболеваниях, обусловленных образом жизни человека». Эти обязанности включают взаимодействие с родителями и позволяют в ходе профилактического консультирования оценивать психоэмоциональное состояние матери после родов, что соответствует целям раннего выявления ПРД. У врача-педиатра есть право получения «...данных о родителях, ближайших родственниках и лицах, осуществляющих уход за ребенком..., информации о наличии наследственных и хронических заболеваний у ближайших родственников и лиц, осуществляющих уход за ребенком, ...информации о возрасте родителей и их вредных привычках в момент рождения ребенка, о профессиональных вредностях, жилищных условиях, неблагоприятных социально-гигиенических факторах, воздействующих на ребенка». В его функции также входит «проведение профилактических мероприятий, в том числе санитарно-просветительной работы, среди детей и их родителей».

Согласно Приказу Министерства труда и социальной защиты РФ от 19 апреля 2021 г. № 262н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач – акушер-гинеколог» [75], в обязанности врача акушера-гинеколога входят «...проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению среди женщин».

Специалисты со средним медицинским образованием также могут быть привлечены к выявлению женщин с признаками ПРД, так как они тесно взаимодействуют с матерями детей первого года жизни. Так, согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения», акушерка «проводит санитарно-гигиеническое обучение женщин, ...наблюдает за состоянием здоровья и развития детей первого года жизни». Фельдшер, медицинская сестра проводят «...санитарно-просветительную работу среди больных и их родственников по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни». Медицинская сестра

участковая «осуществляет диспансерное наблюдение больных, в том числе имеющих право на получение набора социальных услуг, ...ведет базу данных состояния здоровья обслуживаемого населения. Проводит доврачебные осмотры, в том числе профилактические. Проводит мероприятия по санитарно-гигиеническому воспитанию и образованию обслуживаемого населения, консультирует по вопросам формирования здорового образа жизни. Осуществляет профилактические мероприятия по предупреждению и снижению заболеваемости, выявлению ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска, организует и ведет занятия в школах здоровья. Изучает потребности обслуживаемого населения в оздоровительных мероприятиях и разрабатывает программу проведения этих мероприятий». Медицинская сестра врача общей практики в дополнение к функциям участковой также «проводит доврачебные осмотры, в том числе профилактические. Выявляет и решает в рамках компетенции медицинские, психологические проблемы пациента. Проводит занятия (по специально разработанным методикам или составленному и согласованному с врачом плану) с различными группами пациентов».

Это также подтверждается профессиональным стандартом (Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 475н «Об утверждении профессионального стандарта «Медицинская сестра / медицинский брат») [79], согласно которому в перечень трудовых функций медицинской сестры входит участие в проведении профилактических осмотров и диспансеризации населения, проведение индивидуального и группового профилактического консультирования, информирование граждан о факторах риска для здоровья, а также проведение работы по диспансеризации населения, включая опрос (анкетирование).

Критерии оценки эффективности также косвенно указывают на необходимость психологического мониторинга среди матерей. Так, приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 апреля 2007 г. № 282 «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового» [73] закрепляет следующие критерии оценки эффективности этих специалистов: стабилизация или снижение уровня госпитализации прикрепленного населения; увеличение числа посещений прикрепленного населения с профилактической целью; полнота охвата лечебно-профилактической помощью лиц, состоящих под диспансерным наблюдением.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11 мая 2007 г. № 326 «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности медицинской сестры врача общей практики (семейного врача)» [67] кроме приведенных выше критериев для врачей, дополняет обязанностями по выполнению планов мероприятий по гигиеническому воспитанию и образованию населения; по обучению населения принципам здорового образа жизни;

соблюдению полноты охвата патронажем детей первого года жизни; полноты охвата профилактическими осмотрами детей; увеличении удельного веса числа детей первого года жизни, находящихся на грудном вскармливании. В контексте репродуктивного здоровья женщин «эффективность деятельности медицинской сестры врача общей практики (семейного врача) при оказании амбулаторно-поликлинической помощи женщинам рекомендуется оценивать по следующим критериям: полнота охвата диспансерным наблюдением беременных, в т.ч. выделение женщин «групп риска», в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода; выполнение плана мероприятий по физической и психопрофилактической подготовке беременных к родам, в т.ч. по подготовке семьи к рождению ребенка; выполнение плана мероприятий по обучению населения принципам охраны репродуктивного здоровья и профилактики абортов». Подобные положения закреплены и в приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 апреля 2007 г. № 283 «Критерии оценки эффективности работы врача-педиатра участкового» [70].

Также, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025 г. № 211н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, учетной формы № 030-ПО/у «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения №030-ПО/у «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних», порядка ее заполнения» [67] закреплена необходимость прохождения профилактических медицинских осмотров не только с целью выявления патологических состояний и заболеваний, но также и факторов риска их развития. Ведь, как было показано ранее, ПРД у матерей является значимым фактором риска развития различных патологий у ребенка. В отношении детей младшего дошкольного возраста в рамках профилактических осмотров также проводится «скрининг на выявление группы риска возникновения или наличия нарушений психического развития у детей», который «осуществляется врачом-педиатром путем проведения анкетирования родителей или иных законных представителей несовершеннолетнего». «В случае выявления факторов риска или признаков развития психических расстройств и (или) расстройств поведения врач, направляет несовершеннолетнего в кабинет врача-психиатра детского или в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь по профилю «психиатрия»». Профилактические осмотры детей первого года жизни врачом-педиатром проводятся в период новорожденности, и далее каждый месяц до достижения ребенка возраста 1 год. Далее в 1 год 3 месяца, 1 год 6 месяцев, 2 года, при этом во время двух последних осмотров помимо всего прочего проводится скрининг на выявление группы риска возникновения или нарушения психического развития.

Таким образом, в профессиональных стандартах, характеристиках должностей, трудовых функциях медицинских работников, правилах профилактических осмотров и других нормативных актах закреплены положения, которые создают правовые основания для проведения скрининга на ПРД в рамках профилактической работы системы первичной медико-санитарной помощи. Должностные обязанности специалистов с высшим и средним медицинским образованием не психиатрического профиля (врача-неонатолога, врача общей практики, педиатра, терапевта участкового, педиатра участкового, медицинской сестры (участковой, врача общей практики), фельдшера, акушера-гинеколога и др.) предусматривают проведение профилактического консультирования, выявление факторов риска и анкетирование населения. Именно на этом этапе существует возможность выявить ранние признаки психологического неблагополучия, оценить уровень социальной адаптации и направить к профильным специалистам прежде, чем состояние приобретёт тяжёлый характер и потребует вмешательства психиатра. Включение психиатрической службы происходит, как правило, уже при наличии выраженной симптоматики и сформированного психического расстройства, в то время как эффективная профилактика и ранняя поддержка должны обеспечиваться на уровне первичного звена, позволяя избежать слишком поздней диагностики, снизить риск осложнений и повысить эффективность помощи женщинам в послеродовом периоде.

В заключение обзора нормативно-правовых актов целесообразно будет рассмотреть роль и место медицинского психолога в системе здравоохранения, поскольку эта штатная единица предусмотрена практически на всех уровнях взаимодействия с женщиной репродуктивного возраста: от женских консультаций и родильных домов до перинатальных центров, центров охраны материнства и детства, здоровья семьи и репродукции, а также организаций, осуществляющих последующее наблюдение матери и ребёнка. Его деятельность также регламентируется приказом № 541н [72]. Медицинский психолог является специалистом с высшим профессиональным образованием в области клинической психологии и осуществляет деятельность, направленную на восстановление психического здоровья, коррекцию эмоциональных нарушений, психопрофилактику и психологическое консультирование. Кроме того, медицинский психолог «выявляет условия, препятствующие или затрудняющие гармоническое развитие личности, ...оказывает помощь больным и их родственникам в решении личностных, профессиональных и бытовых психологических проблем. Проводит психодиагностические исследования и длительные диагностические наблюдения. Проводит санитарно-просветительную работу среди больных и их родственников по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни».

На первый взгляд может показаться, что функции раннего выявления психоэмоциональных нарушений у женщин после родов уже возложены на медицинского

психолога. Однако это не так. В соответствии с должностными обязанностями, медицинский психолог привлекается только при наличии оснований для направления – при выявлении признаков неблагополучия и/или работе с женщинами из групп риска, преимущественно на этапах беременности, родов и в раннем послеродовом периоде. Таким образом, несмотря на важную роль медицинского психолога в поддержке женщин, ранняя идентификация послеродовой депрессии находится вне сферы его регулярной деятельности и не предусмотрена стандартными маршрутами наблюдения в течение первого года после родов.

1.6. Клинико-экономические исследования послеродовой депрессии

Послеродовая депрессия представляет собой не только клинически значимое психическое расстройство, но и серьёзную проблему для общественного здравоохранения и экономики. В связи с этим в последние два десятилетия активно развиваются клинико-экономические исследования, направленные на оценку стоимости ПРД и экономической эффективности программ её раннего выявления и лечения.

Экономическое бремя ПРД складывается из прямых медицинских расходов (консультации, психотерапия, медикаментозное лечение), прямых немедицинских (например, транспорт, уход за ребёнком), а также значительных не прямых затрат: утрата трудоспособности, снижение производительности, повышение риска госпитализаций и инвалидизации, ухудшение когнитивных и поведенческих исходов у детей [152, 198].

В одном из наиболее масштабных исследований, проведённом в Великобритании, совокупная стоимость послеродовой депрессии, развившейся в течение года после родов, была оценена в £74 000 на одну женщину. Из этой суммы около 72 % приходилось на долгосрочные последствия для ребёнка, включая повышенный риск психических расстройств и снижение образовательных результатов [152].

В соответствии с данными из страховых регистров США, у женщин с ПРД общие годовые расходы на медицинские и фармацевтические услуги выше на 22,4 % (\$36 049 vs \$29 448), чему способствует увеличение количества амбулаторных визитов на 16 в год [218]. Согласно исследованию M. Pollack et al. (2022), женщины с перинатальной депрессией, застрахованные по Medicaid, имеют в среднем на \$5 078 более высокие годовые медицинские расходы по сравнению с женщинами без депрессии (95 % ДИ: \$4 816–\$5 340). Серьёзная нагрузка приходится на амбулаторную помощь (+14 посещений), госпитализации (+0,95 дня), экстренные обращения (+1,70 визита), а также на фармацевтические услуги (28,7 недель лечения) [219]. По оценкам, отсутствие диагностики и своевременного вмешательства привели к затратам до 2,2 млрд долларов США среди матерей и детей в Техасе, включая почти 1 млрд через Medicaid [174].

Значительный вклад в общие издержки ПРД вносит влияние на ребёнка. Исследования показывают, что дети матерей с нелеченой ПРД чаще сталкиваются с когнитивными задержками, школьной дезадаптацией и поведенческими расстройствами, что в дальнейшем повышает потребность в медицинских и образовательных услугах [182, 187, 214].

Анализ, проведённый экспертами *Mathematica Policy Research* [262] по заказу национальной неправительственной организации *Mom and Sage Therapeutics*, охватывающий более 400 000 женщин, родивших в США в 2017 году, и моделирующий прямые и косвенные затраты, связанные с перинатальными депрессивными и тревожными расстройствами в течение пяти лет после родов, показал, что совокупная стоимость одного случая нелеченой ПРД в США составляет \$32 000, из них: \$14 000 связаны с медицинскими и социальными последствиями для матери; \$18 000 – с ухудшением здоровья и развитием ребёнка, включая когнитивные и поведенческие проблемы, повышение потребности в медицинской помощи и специальном обучении. А общие потери системы здравоохранения, образования и социальной поддержки превышают \$14 млрд в год для одного года рождения в США. Эти данные особенно важны в контексте оценки долгосрочной стоимости бездействия со стороны государства в области перинатального психического здоровья. Основная доля экономических последствий приходится на увеличение риска госпитализаций у женщин; потерю трудоспособности и выход из рабочей силы; нарушение материнско-детских отношений, с последующим ростом затрат на интервенции в детстве; повышение потребности в образовательных и поведенческих коррекционных услугах [262]. Эти данные являются одними из самых часто цитируемых в мировой литературе по клинико-экономической оценке ПРД и позволяют конкретизировать масштабы экономического бремени.

Таким образом, ПРД представляет собой не только клинически значимую, но и экономически обременительную проблему. Разработка и внедрение скрининговых программ позволяет не только улучшить здоровье женщин и их детей, но и снизить нагрузку на системы здравоохранения и социальные службы, что делает профилактику и раннюю диагностику ПРД социально и экономически оправданной стратегией. Однако обзоры литературы отмечают, что последствия ПРД для экономического благополучия семьи все еще недооценены: несмотря на рост исследований после 2020 года, остаётся недостаток комплексных моделей, учитывающих мультипликативное воздействие на семью, трудовую активность и развитие ребёнка [161]. Нет также и таких оценок по Российской Федерации, что не позволяет рассчитать бремя ПРД.

Эффективность скрининга на послеродовую депрессию

Данные систематических обзоров свидетельствуют о том, что программы раннего выявления и своевременного вмешательства рентабельны с точки зрения затрат на качество жизни и предотвращённые осложнения. Согласно модели, представленной в исследовании М. Paulden и соавторами, универсальный скрининг с использованием EPDS с последующим психотерапевтическим вмешательством (когнитивно-поведенческая терапия) оказался экономически оправданным: показатель ИПЗЭ (англ. *incremental cost-effectiveness ratio*) составил £12 200 на один дополнительный год качественной жизни, что ниже порога готовности платить, принятого Национальным институтом здоровья и качества медицинской помощи Великобритании (NICE) для финансирования вмешательств [307].

В Китае также подтверждена высокая экономическая эффективность раннего скрининга на ПРД и психотерапевтических вмешательств в антенатальном и постнатальном периодах. В исследовании X. Zheng и соавторов (2024) показано, что стоимость одного дополнительного года качественной жизни при реализации программы скрининга составила \$6 840, а при применении когнитивно-поведенческой терапии – \$3 720. Эти результаты значительно ниже порогового значения дохода на душу населения и свидетельствуют о высокой рентабельности данных стратегий [151].

Дополнительно, в недавнем американском исследовании было показано, что универсальный ежегодный скрининг на ПРД имеет ИПЗЭ около \$66 822 за год качественной жизни или \$84 за каждый день без депрессии, что также считается допустимым с позиции системы страхового финансирования здравоохранения [150].

Модели, учитывающие эти исходы, демонстрируют, что экономический эффект от лечения ПРД может проявляться не только в текущем периоде, но и в долгосрочной перспективе, включая снижение нагрузки на системы образования и социальной помощи [152].

В странах Европы на сегодняшний день экономические оценки, посвящённые ПРД, представлены крайне ограниченно. После 2020 года лишь единичные исследования предоставляют количественные данные о стоимости вмешательств при ПРД. Одним из таких примеров является работа, проведённая в Португалии, в рамках которой была оценена экономическая эффективность интернет-основанной когнитивно-поведенческой программы «*Be a Mom*». Согласно результатам, представленным F. Monteiro с соавторами (2024), данная онлайн-интервенция оказалась экономически оправданной с точки зрения общества: несмотря на отсутствие указания точного значения ИПЗЭ, авторы подчёркивают, что программа соответствует критериям затратной эффективности, принятым в системе здравоохранения Португалии [173].

В других европейских странах, например Швеции, Германии, Франции, Испании, в открытой научной литературе за последние годы публикации, содержащие расчёты прямых или косвенных затрат на ПРД, показатели года качественной жизни, ИПЗЭ или оценку экономического бремени отсутствуют. Большинство исследований в этих странах продолжают сосредотачиваться на распространённости, факторах риска и клинических исходах, без включения экономических аспектов. Это указывает на серьёзный пробел в исследовательской повестке и подчёркивает необходимость проведения экономических оценок, позволяющих обосновать внедрение скрининговых и терапевтических программ. В России также отсутствуют такие исследования.

Таким образом, современные данные подтверждают, что как универсальные, так и таргетированные скрининговые стратегии в сочетании с психотерапевтическими вмешательствами обладают выраженной клинико-экономической эффективностью и должны рассматриваться в качестве приоритетного направления в рамках программ охраны психического здоровья женщин в перинатальном периоде.

1.7. Стигматизация и барьеры обращения за психиатрической помощью в послеродовом периоде

Несмотря на возрастающее внимание к проблеме ПРД и наличие эффективных методов диагностики и лечения, значительное число женщин не обращаются за профессиональной помощью. Одной из ключевых причин является стигматизация психических расстройств, особенно в период материнства.

Согласно международным исследованиям, более 50 % женщин с ПРД не сообщают о своём состоянии специалистам здравоохранения из-за страха осуждения, чувства вины и опасений быть признанными «плохими матерями» [268, 313]. Эти страхи могут быть усилены культурными нормами, которые придают идеализированное значение материнству как исключительно радостному опыту [159]. В России ситуация усугубляется высоким уровнем недоверия к психиатрической помощи и наследием советской психиатрии, ассоциируемой с карательными практиками. Женщины опасаются, что обращение к психиатру может привести к «постановке на учёт», ограничению родительских прав или стигматизации со стороны родственников и медицинского персонала.

Дополнительным барьером является недостаточная осведомлённость о ПРД как среди женщин, так и среди медицинских работников. Многие женщины не распознают симптомы ПРД как клинически значимые, воспринимая их как нормальные послеродовые проявления. Медицинские работники, особенно в учреждениях первичного звена, нередко не обладают

достаточной подготовкой для диагностики ПРД и не чувствуют уверенности в необходимости обсуждения психоэмоционального состояния пациентки [165].

Также важным препятствием выступает ограниченная доступность специализированной помощи. В ряде регионов отсутствуют перинатальные психологи или психотерапевты, а консультации психиатра невозможны без направления. Даже при наличии скрининговых программ женщины не всегда получают последующее лечение из-за нехватки маршрутизации и кадров [313].

Для преодоления указанных барьеров международные рекомендации (например, NICE, ACOG, COPE) подчёркивают важность дестигматизирующего подхода, повышения информированности, включения психологической поддержки в структуру первичной помощи и проведения обучения для медицинских работников. Введение кратких скрининговых анкет, обсуждение психоэмоционального состояния в рамках рутинных патронажных визитов, а также предоставление женщине выбора формата помощи (онлайн, очно, анонимно) могут повысить уровень обращаемости за помощью.

Таким образом, ПРД представляет собой значимое медико-социальное явление, оказывающее глубокое влияние как на здоровье матери и ребёнка, так и на устойчивость системы здравоохранения в целом. За последние два десятилетия наблюдается стремительный рост научного интереса к данной проблеме, подчёркивает её актуальность для общественного здравоохранения. Мировая распространённость ПРД в среднем составляет около 17,7 %, но в странах с низким и средним уровнем дохода может достигать 25–40 % и выше. В России отсутствует система централизованного эпидемиологического наблюдения, однако результаты современных исследований указывают на частоту симптомов ПРД у 30–50 % женщин после родов.

Ключевыми факторами риска ПРД являются гормональные сдвиги в послеродовом периоде, наличие личного или семейного анамнеза депрессии, а также выраженный психосоциальный стресс. Совпадение этих факторов экспоненциально повышает вероятность развития депрессивного эпизода. Неизлеченная ПРД сопряжена с серьёзными негативными последствиями: ухудшением соматического состояния матери, нарушением эмоциональной связи с ребёнком, повышением риска когнитивных и поведенческих отклонений у детей, ухудшением семейного функционирования и ростом потребности в медико-социальной поддержке.

В международной практике «золотым стандартом» скрининга признана шкала EPDS. Для первичного выявления в условиях ограниченных ресурсов применяются сверхкороткие опросники (PHQ-2, PHQ-2+1, *Whooley questions*) с последующим углублённым тестированием (PHQ-9, MINI, HDRS и др.). Российские исследования подтвердили сопоставимую чувствительность и специфичность EPDS, PHQ-9 и BDI-II, что даёт возможность адаптировать

скрининг к разным условиям оказания помощи. Опыт Великобритании, Австралии, Швеции и Нидерландов показывает, что интеграция скрининга в рутинный осмотр первичного звена с привлечением среднего медперсонала и использованием цифровых платформ позволяет достичь охвата 95-99 % женщин.

При этом, культурные особенности и высокая стигматизация психических расстройств остаются критическим барьером для обращения за помощью. Это приводит к занижению баллов в опросниках самооценки и снижает чувствительность скрининга. Поэтому развитие культурно-чувствительных подходов, просветительских кампаний и повышение компетентности медицинских работников в вопросах ментального здоровья женщин представляется необходимым условием успешного масштабирования программ раннего выявления ПРД в России и в мире.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Программа исследования

Исследование выполнялось на кафедре Высшей школы управления здравоохранением Института лидерства и управления здравоохранением ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) в пять этапов:

1. Оценка распространённости ПРД среди матерей детей первого года жизни с использованием Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии (EPDS), Опросника здоровья пациента (PHQ-2+1) в одномоментном исследовании и определение возможности применения опросника PHQ-2+1 для скрининга на ПРД.
2. Получение обобщенной оценки распространенности ПРД в РФ на основе систематического обзора с метаанализом.
3. Оценка уровня осведомлённости о послеродовой депрессии и отношения к скринингу на нее среди матерей детей первого года жизни и медицинских работников, выявление возможных проблем и препятствий для внедрения скрининга.
4. Оценка клинико-экономической эффективности скрининга на ПРД в условиях отечественного здравоохранения в математической модели.
5. Разработка алгоритма скрининга матерей детей первого года жизни на ПРД и комплекса рекомендаций по его внедрению.

Программа исследования представлена в Таблице 2.1.

Таблица 2.1 – Программа исследования

№	ЗАДАЧА	ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ	МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ И ОБЪЕМ НАБЛЮДЕНИЙ
1.	Оценить распространённость ПРД среди матерей детей первого года жизни с использованием Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии (EPDS) опросника здоровья пациента (PHQ-2+1) в одномоментном исследовании и определение возможности применения опросника PHQ-2+1 для скрининга на ПРД.	Распространенность ПРД среди матерей детей первого года жизни, проживающих в РФ в 2020-2021 гг. Психометрические и диагностические характеристики шкалы PHQ-2+1: чувствительность, специфичность, AUC, PPV/NPV, оптимальный порог	Социологический опрос. Сопоставление с референсом. Статистическая обработка данных	Результаты анкетирования 360 матерей

Продолжение Таблицы 2.1

2.	Получить обобщенную оценку о распространенности ПРД в РФ на основе систематического обзора с метаанализом	Заболеваемость ПРД	Систематический обзор литературы Метаанализ с математической обработкой данных	6360 отечественных исследований, из них 51 работа включена в систематический обзор, 21 работа включена в метаанализ
3.	Оценить уровень осведомленности о ПРД и отношение к скринингу на нее среди матерей детей первого года жизни и медицинских работников, выявить возможные проблемы и препятствия для внедрения скрининга	Осведомленность о ПРД среди матерей и медицинских работников. Отношение к скринингу среди матерей и медицинских работников	Социологический опрос Статистическая обработка данных	Результаты анкетирования 360 матерей и 303 медицинских работников
4.	Оценить клинико-экономическую эффективность скрининга на ПРД в условиях отечественного здравоохранения в математической модели	Затраты на скрининг и лечение ПРД разных стадий	Математическое моделирование, клинико-экономический анализ	Опубликованные научные исследования; нормативные правовые документы; данные, полученные на предыдущих этапах настоящего исследования
5.	Разработать алгоритм скрининга матерей детей первого года жизни на ПРД и комплекс рекомендаций по его внедрению	Программа скрининга на ПРД	Логическое обобщение	Совокупность результатов, полученных на предыдущих этапах диссертационного исследования

2.2. Методика опроса матерей

Методика проведения опроса

В марте 2023 года было проведено онлайн-анкетирование 360 женщин.

Анкетирование было реализовано на платформе «Анкетолог», созданной ООО «Институт общественного мнения Анкетолог» для проведения онлайн-опросов в 2010 г. и сертифицированной по стандарту Международной организации по стандартизации ISO 20252:2019 «Исследование рынка, общественного мнения и социальных проблем»

(ISO 20252:2019 «Market, opinion and social research»¹). Сертификат соответствия выдан ООО «Федеральный регистр» и удостоверяет, что система менеджмента в области исследования рынка, общественного мнения и социальных проблем распространяется как на проведение маркетинговых исследований, так и на организацию и проведение онлайн-опросов с использованием собственной панели респондентов и соответствует требованиям ISO 20252:2019 [237].

Выбор методики проведения онлайн-опроса на потребительской панели обоснован тем, что женщины после родов являются географически распределенной и труднодоступной популяцией с ограниченной мобильностью. Онлайн-формат позволяет охватить женщин вне медицинских организаций, а анонимность опроса повышает откровенность при изучении чувствительных тем, таких как проблемы психического здоровья. Дополнительно участницы привлекались через тематические интернет-ресурсы и сообщества для матерей, что позволило расширить охват целевой аудитории.

Критериями включения в исследование являлись:

- женский пол;
- возраст старше 18 лет;
- наличие ребенка первого года жизни.

Численность панели потенциальных респондентов платформы в период проведения опроса превышала 324 тыс. человек. Обеспечение качества верификации характеристик респондентов являлось одним из условий сертификации платформы по стандарту ISO 20252:2019. Верификация осуществлялась при регистрации на платформе с обязательным указанием социально-демографических данных (пол, возраст, место жительства, образование, семейное положение, наличие детей и их возраст и др.) с их последующей проверкой. Личность респондента подтверждалась паспортными данными, доступными для контроля менеджменту платформы, но недоступными для организатора опроса; обеспечивалась защита от двойной регистрации и повторного заполнения анкет одним и тем же респондентом. Рассылка анкеты осуществлялась не по всей панели, а только участникам, соответствующим критериям включения в исследование, что исключало участие лиц, не относящихся к целевой совокупности.

Контроль качества данных включал исключение некорректно заполненных анкет, анкет со слишком быстрым временем заполнения, а также случаев формального выбора ответов по типу выбора только первых или только последних вариантов во всех вопросах. Кроме того, проводилась проверка логической согласованности ответов путем сопоставления информации,

¹ International Organization for Standardization. ISO 20252:2019. Market, opinion and social research, including insights and data analytics – Vocabulary and service requirements. Geneva: ISO, 2019. 66 p.
URL: <https://www.iso.org/standard/73671.html> (дата обращения: 18.04.2026).

представленной в разных разделах анкеты. На уровне платформы приглашение к участию направлялось только женщинам старше 18 лет, имеющим хотя бы одного ребенка первого года жизни. В самой анкете соответствие этим критериям повторно проверялось вопросом о возрасте респондентки, количестве детей, а также с помощью матрицы, в которой повторно указывались пол и возраст ребенка или детей. После этого респондентки заполняли стандартизированные опросники, направленные на выявление симптомов ПРД, и отдельно отвечали на вопрос о наличии личного опыта ПРД. Также, анкеты, в которых, полностью отрицался личный опыт ПРД при очень выраженной текущей симптоматике, рассматривались как требующие дополнительного просмотра. Кроме того, один из вопросов касался состояний, пережитых во время беременности или в первый год после родов, следующий – обращений к специалистам по поводу этих состояний, а один из последующих – обращений к психологу, психотерапевту или психиатру в целом, что позволяло при выявлять внутренние несоответствия в ответах. Таким образом, структура анкеты включала несколько взаимосвязанных блоков вопросов, что позволяло оценивать внутреннюю согласованность ответов и повышало достоверность полученных данных.

Использование панельной платформы представлялось предпочтительным по сравнению с открытым онлайн-опросом, поскольку позволяло снизить риск участия нерелевантных, повторных и недобросовестных респондентов за счет предварительного профилирования участников и встроенных механизмов контроля доступа к анкете. Однако данный подход рассматривался не как исключаящий, а как снижающий соответствующие риски, что обусловило необходимость дополнительной проверки качества полученных анкет. Тем самым обеспечивался многоступенчатый контроль качества данных, направленный на снижение риска случайных, формальных и недостоверных ответов.

В ходе опросной кампании было получено 415 ответов, из которых 55 были исключены на этапе контроля качества и проверки соответствия критериям включения. В итоговый анализ были включены 360 анкет.

Расчет числа наблюдений

Расчет необходимого числа наблюдений производился по формуле Кокрена для определения объема выборки при оценке качественных показателей, рекомендованной О. П. Щепиным (2011) [103] для медико-социальных исследований в больших генеральных совокупностях (1.1):

$$n = \frac{t^2 \times p \times q}{\Delta^2} \quad (1.1)$$

где:

n – требуемый объём выборки;

t – значение нормального распределения при доверительной вероятности 95% (1,96);

p – ожидаемая доля признака;

q – ожидаемая доля отсутствия признака;

Δ – предельная ошибка выборки.

При планировании исследования ожидаемая распространённость ПРД принималась на уровне 14–17% согласно данным международных исследований. При доверительной вероятности 95% и допустимой ошибке $\pm 5\%$ расчётный объём выборки составил 185–217 человек, а именно:

$$n_{min} = \frac{1,96^2 \times 0,14 \times (1 - 0,14)}{0,05^2} \approx 185$$

$$n_{max} = \frac{1,96^2 \times 0,17 \times (1 - 0,17)}{0,05^2} \approx 217$$

Фактически было обследовано 360 женщин, что превышает минимально необходимый объём и обеспечивает более высокую точность оценки показателя, а также компенсирует возможные потери данных (неполные ответы, исключения при контроле качества анкет).

Анкетирование проводилось с учетом этических принципов, отраженных международных рекомендациях ESOMAR² (англ. *European Society for Opinion and Marketing Research*) [191] и AAPOR³ (англ. *American Association for Public Opinion Research*) [117], предусматривающих добровольность и информированность участия, соблюдение конфиденциальности и использование данных исключительно в исследовательских целях. Исследование получило одобрение Локального этического комитета Сеченовского университета (протокол № 22-21 от 09.12.2021). Участие в анкетировании было анонимным; респондентам сообщалась следующая цель исследования: оценка уровня осведомлённости о психологических проблемах женщин после родов, а также отношения к их диагностике и оказанию специализированной психологической помощи.

Анкета была разработана авторами на основе методологических подходов, изложенных в работах А. В. Решетникова [60, 61], с учетом логического структурирования изучаемых признаков, тематического объединения вопросов в блоки, их последовательного расположения и стандартизации формулировок и вариантов ответов. Она состояла из 51 вопроса и включала в себя 5 блоков:

1. социально-демографические данные;

² ESOMAR. ICC/ESOMAR International Code on Market, Opinion and Social Research and Data Analytics. Available at: <https://iccwbo.org/wp-content/uploads/sites/3/2025/09/ICC-ESOMAR-International-Code-on-Market-Opinion-and-Social-Research-and-Data-Analytics-2.pdf>

³ AAPOR. Code of Professional Ethics and Practices. Available at: <https://www.aapor.org/Standards-Ethics/AAPOR-Code-of-Ethics.aspx>

2. эмоциональное состояние на момент заполнения анкеты;
3. отношение к симптомам ПРД;
4. осведомленность о ПРД как о заболевании и отношение к скринингу на ПРД;
5. личный опыт респонденток в контексте ПРД.

Социально-демографический блок включал вопросы о возрасте, количестве, половой принадлежности и возрасте детей, семейном положении, уровне образования, занятости, роде занятий и сфере деятельности, месте жительства, типе населенного пункта, материальном положении. Вопрос о возрасте детей являлся отборочным: если у респондентки не было как минимум одного ребенка в возрасте до года, ее ответ дисквалифицировался и не учитывался.

Блок оценки эмоционального состояния включал 10 вопросов шкалы EPDS и 3 вопроса PHQ-2+1. Опросник EPDS валидирован для диагностики ПРД в русскоязычной популяции (М. В. Шаманина, Г. Э. Мазо, 2015) [105], PHQ-2 – как скрининговый инструмент депрессивных расстройств (Н. В. Погосова и соавт., 2014) [84]. Дополнительный третий вопрос PHQ-2+1 носил уточняющий характер и в количественный анализ не включался. Обработка результатов EPDS проводилась путём суммирования баллов (0–30) с учётом реверсивного кодирования отдельных пунктов. В соответствии с рекомендациями Голенкова и соавт. (2016) [48], порог ≥ 12 баллов рассматривался как признак выраженных депрессивных состояний, 7–11 – как предпороговые симптомы. Для PHQ-2+1 использовалась стандартная шкала от 0 до 6 баллов, где два вопроса оценивались по шкале от 0 («никогда») до 3 («почти каждый день»), максимальный балл составлял 6.

Блок отношения к симптомам ПРД формировался на основе адаптации пунктов EPDS [153]. Из них были сформулированы обобщённые утверждения о том, какие эмоциональные и физические состояния могут испытывать женщины после родов. При этом термин «послеродовая депрессия» не использовался. Вместо него применялось более нейтральное обозначение: «психические и физические симптомы, которые могут испытывать женщины после родов». Аналогичный подход был использован в названии анкеты, во вступительном слове, в блоке демографических вопросов. Это позволило снизить ассоциативные связи с клинической терминологией, обеспечить более нейтральное восприятие вопросов и минимизировать риск предвзятости.

В следующем блоке (с 34-го вопроса) был введен термин «послеродовая депрессия», так как вопросы касались непосредственно осведомленности о самом заболевании и отношения к скринингу на него. Последние 5 вопросов касались личного опыта респонденток в контексте ПРД: испытывали ли они сами перечисленные симптомы во время беременности и после родов, обращались ли к специалистам и проходили ли диагностику.

Анкета приведена в приложении Б, EPDS, PHQ-2+1 – в приложении Г.

Далее представлена социально-демографическая характеристика респондентов, включённых в исследование.

Социально-демографическая характеристика респондентов

Наиболее многочисленной возрастной группой были респондентки 30-35 лет (154 чел.; 43 %). Респондентки в возрасте 24-29 лет составили 114 чел. (32 %), в возрасте 36-41 года – 68 чел. (19 %). Средний возраст участниц, рассчитанный по серединам возрастных интервалов, составил $31,8 \pm 5,9$ года, медиана – 31,9 года (95% ДИ: 31,2–32,5%) (Рисунок 2.1).

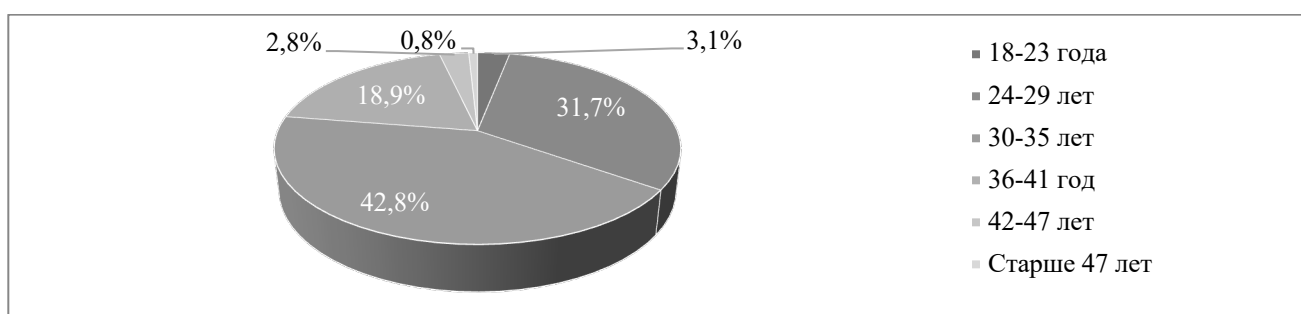


Рисунок 2.1 – Распределение респонденток по возрастам (доли, %)

158 респонденток (43,9 %) имели двух детей, 138 (38,3 %) – одного ребенка, остальные троих и более. В браке на момент (официально зарегистрированном или гражданском) состояли 337 женщин (93,6 %); 23 человека (6,4 %) были не замужем или разведены.

Высшее образование имела 251 участница (69,7 %), среднее специальное – 74 чел. (20,6 %), неполное высшее – 18 чел. (5 %), среднее – 12 чел. (3,3 %), неполное среднее – трое (0,8 %) – и две респондентки (0,6 %) имели ученую степень (Рисунок 2.2).

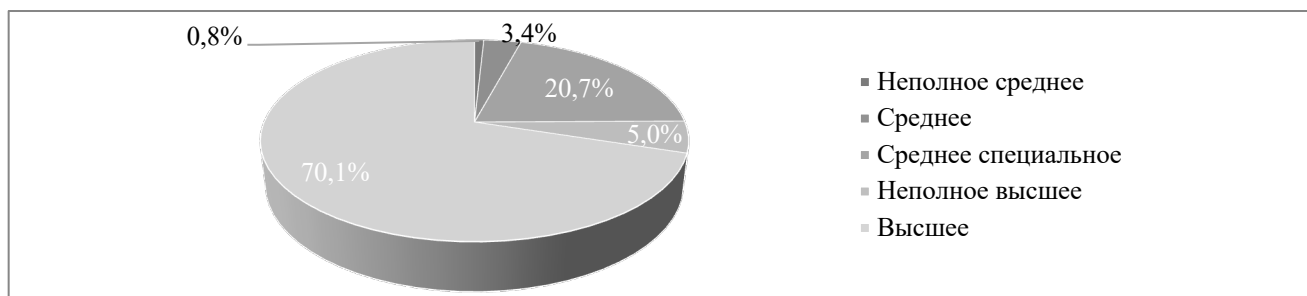


Рисунок 2.2 – Распределение респонденток по уровню образования (доли, %)

В отпуске по уходу за ребенком на момент опроса находились 195 женщин (54,1 %), работали – 146 человек (40,6 %), из них 95 человек (26,4 %) с полной занятостью и 51 человек (14,2 %) – с частичной. Вели домашнее хозяйство 14 респонденток (3,9 %), а 5 человек (1,4 %) были безработными (Рисунок 2.3).

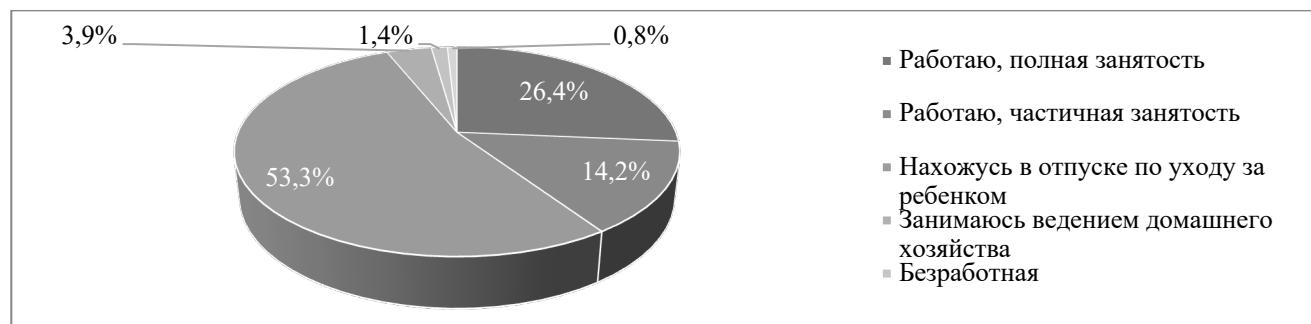


Рисунок 2.3 – Распределение респонденток по занятости (доли, %)

Доли работающих женщин по роду занятий распределились следующим образом: работа по найму в коммерческом секторе – 111 человек (31 %), работа по найму в государственном секторе – 68 человек (19 %), собственный бизнес – 47 человек (13 %). Респондентки были заняты в следующих сферах деятельности: 47 человек (13 %) – медицина, здравоохранение, фармацевтика; по 40 человек (11 %) – образование/дошкольное воспитание и оптовая/розничная торговля; по 25 человек (7 %) – бухгалтерские и банковские услуги; 18 человек (5 %) были заняты в промышленности и производстве; по 14 человек (4 %) – в государственной службе, дизайне, аналитической деятельности, IT или телекоммуникациях.

Более половины опрошенных (189 чел., 52,5 %) проживали в городе с численностью населения более 1 млн, в городе с населением от 500 тыс. до 1 млн человек – 81 человек (22,5 %), в сельской местности – 9 женщин (2,5 %), в поселке городского типа – 8 человек (2,2 %). В Москве и Санкт-Петербурге проживало 66 человек (18,3 %) и 20 человек (5,6 %), остальные – в других субъектах Федерации. Всего получены ответы от женщин из 65 субъектов РФ. (Рисунок 2.4).

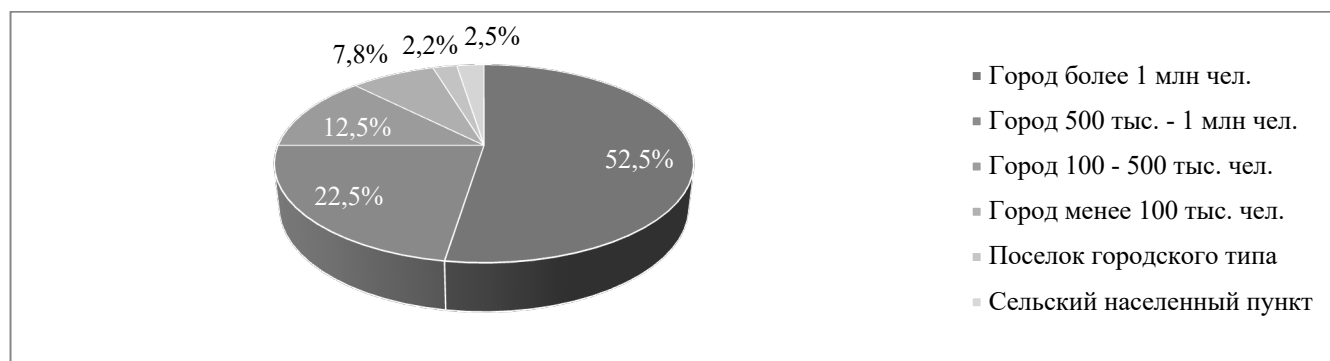


Рисунок 2.4 – Распределение респонденток по типу населенного пункта (доли, %)

Для оценки материального положения респонденткам предлагались стандартные для социологических опросов варианты самооценки благосостояния. Очень низкому уровню соответствовал ответ «нам не хватает денег даже на продукты питания» – 5 чел. (1,4 %), низкому – «нам хватает денег на продукты питания, но не хватает на одежду» – 26 чел. (7,2 %), среднему – «нам хватает денег на питание и одежду, однако покупка более дорогих вещей вызывает затруднения» – 111 чел. (30,8 %), высокому – «мы можем покупать некоторые дорогие вещи, такие как телевизор или холодильник, но не можем купить автомобиль» – 136 чел. (37,8 %), очень высокому – «мы можем купить автомобиль, но не можем сказать, что не стеснены в средствах» – 58 чел. (16,1 %), сверхвысокому – «мы можем ни в чём себе не отказывать» – 24 чел. (6,7 %) (Рисунок 2.5).

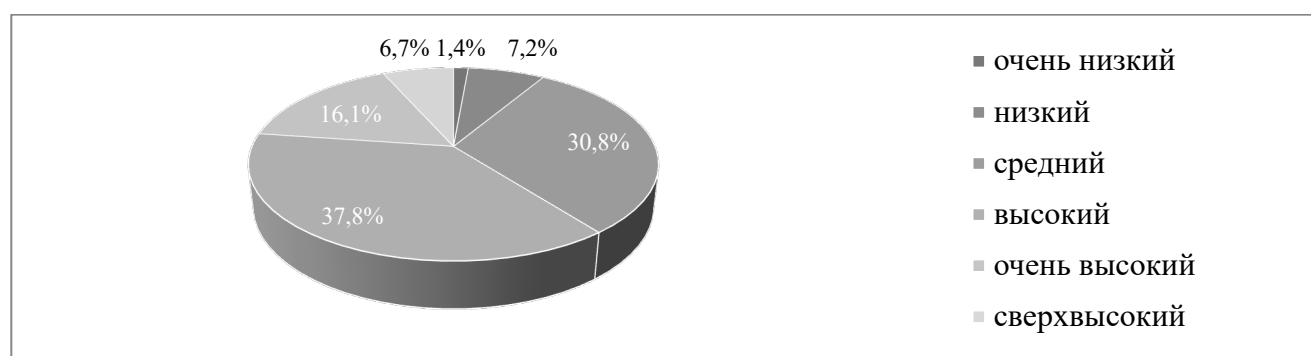


Рисунок 2.5 – Распределение респонденток по материальному статусу (доли, %)

Сопоставимость выборки с генеральной совокупностью

Для оценки вероятности ошибки самоотбора и корректной интерпретации результатов опроса нами проведено сравнение основных характеристик выборки с известными характеристиками генеральной совокупности.

Полноценная характеристика генеральной совокупности женщин, имеющих ребенка первого года жизни, отсутствует в официальной статистической информации. Однако имеются некоторые данные о структуре рождаемости в РФ, позволяющие сопоставить отдельные характеристики нашей выборки с характеристиками генеральной совокупности: они представлены в статистических материалах Росстата и в сборнике «Семья и дети в России – 2024» [88], созданном Росстатом в партнерстве с Общественной палатой Российской Федерации.

В 2023 г. в Российской Федерации наибольшее число рождений приходилось на женщин в возрастных группах 30-35 лет (32,8%) и 24-29 лет (30,8%); доли рождений в возрасте 18-23 года составила 16,3%, а 36 лет и старше – 20,1%. Всего на женщин в возрасте 30 лет и старше пришлось 52,2% общего числа рождений. В сформированной выборке также преобладали женщины в

возрасте 30–35 лет (42,8%) и 24–29 (31,7%), на женщин в возрасте 36 лет и старше пришлось 22,5%, а на женщин в возрасте 23 года и моложе – 3,1%. Таким образом в нашей выборке несколько менее представлены женщины самого молодого возраста и более – женщины в возрасте 30-35 лет.

Структура рождаемости характеризуется преобладанием первых и вторых рождений при меньшей доле третьих и последующих: в 2023 году первые рождения в целом составляли 37,6%, вторые – 31,8%, третьи и последующие – 30,7%. Среди участниц исследования преобладали женщины с двумя детьми (43,9 %), 38,3% имели одного ребенка и 17,8% - троих и более, что обусловлено более высокой долей женщин в возрастах 30-35 лет в выборке. В этом возрасте в генеральной совокупности доля вторых родов составляет 37,2%, а третьих – 39,3%. Соответственно, в целом в выборке менее представлены женщины, имеющие трех детей и более.

Доля работающих среди женщин с детьми первого года жизни неизвестна, известно, что по данным Росстата уровень занятости женщин 20–49 лет, имеющих детей 0–6 лет, в 2023 году составлял 68,3 %. В нашем исследовании работали 40,6 % участниц. Такое различие представляется ожидаемым, поскольку в исследование включались только матери детей первого года жизни, значительная часть которых на момент опроса находилась в отпуске по уходу за ребёнком.

Распределение участниц по типу населённого пункта показало выраженное преобладание городских жительниц: их доля составила 98,6 %, тогда как доля сельских жительниц – 1,4 %. Для сопоставления, по данным статистического сборника Росстата «Семья и дети в России» [88], в 2023 году среди женщин репродуктивного возраста (15–49 лет) 77,3 % проживали в городских населённых пунктах и 22,7 % – в сельской местности. Более высокая представленность городских жительниц в исследовании может рассматриваться как ожидаемая особенность онлайн-рекрутирования и учитывалась при интерпретации результатов.

По уровню образования в выборке преобладали участницы с высшим образованием (62,8 %), а среднее специальное образование имели 24,2 %. По данным Росстата, около 44% родов в РФ в 2023 г. приходилось на женщин с высшим образованием (45,9% с учётом неполного высшего). Более высокая представленность женщин с высшим образованием может рассматриваться как ожидаемая особенность онлайн-рекрутирования и учитывалась при интерпретации результатов.

Методы статистического анализа

Статистическую обработку результатов выполняли в среде Python 3.11.8 с использованием специализированных библиотек pandas 1.5.3 и statsmodels 0.13.5. Частоту симптомов ПРД и

другие характеристики оценивали методами описательной статистики. Для оценки взаимосвязей между показателями применяли критерий χ^2 Пирсона и с расчетом коэффициента Крамера, V. Уровень статистической значимости принимался равным 0,05.

2.3. Методика сопоставления результатов опросников EPDS и PHQ-2+1, оценка оптимального порога и диагностической эффективности PHQ-2+1

В настоящем разделе представлен сравнительный анализ результатов опросников PHQ-2+1 и EPDS, выполненный с целью оценки диагностической эффективности PHQ-2+1 и определения его оптимального порогового значения для выявления ПРД. Такой подход позволил сопоставить уровни выраженности симптоматики по обеим шкалам, определить степень их согласованности и охарактеризовать диагностические свойства PHQ-2+1 в отношении EPDS, использованной в качестве референтного инструмента.

Обе анкеты заполнялись участницами последовательно в рамках одного визита, что исключало временной сдвиг и влияние внешних факторов на психоэмоциональное состояние. Анализ включал сопоставление пороговых значений PHQ-2+1 (≥ 1 , ≥ 2 , ≥ 3 баллов) с ключевыми порогами EPDS, применяемыми в клинической и исследовательской практике. Для EPDS были использованы следующие уровни, отражающие градации риска и тяжести послеродовой депрессии: ≥ 7 баллов – субклиническая симптоматика, ≥ 12 баллов – вероятная ПРД, ≥ 19 баллов – тяжёлая ПРД.

На каждом уровне рассчитывалась доля респонденток, достигших соответствующих значений EPDS, при различных вариантах порогов PHQ-2+1. Это позволило установить соответствие между выраженностью симптомов по шкалам и определить порог PHQ-2+1, обеспечивающий оптимальный баланс чувствительности и специфичности для выявления женщин с риском послеродовой депрессии.

Для комплексной оценки диагностических характеристик PHQ-2+1 выполнены следующие аналитические процедуры:

- определены коэффициенты корреляции Пирсона и Спирмена между итоговыми баллами шкал;
- рассчитаны чувствительность, специфичность, точность, F1-score и индекс Юдена для разных EPDS-порогов при использовании PHQ-2+1 в качестве предиктора;
- для окончательного подтверждения корректности выбранного порога PHQ-2+1 проводился ROC-анализ с построением кривой TPR–FPR для различных порогов PHQ-2+1, и расчётом площади под кривой (AUC) и определением оптимального порога PHQ-2+1 по максимальному значению индекса Юдена;

- дополнительно оценены внутренние показатели согласованности шкал (коэффициент альфа Кронбаха);
- для оценки степени согласия между бинарными переменными PHQ-2+1 и EPDS был использован коэффициент Каппа Коэна (Cohen's κ). Значение которого интерпретировалось следующим образом: 0,41–0,60 – умеренное согласие, 0,61–0,80 – существенное и 0,81–1,00 – почти полное.

Коэффициент корреляции Пирсона r рассчитывался по формуле (2)

$$r = \frac{\sum (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum (x_i - \bar{x})^2} \sqrt{\sum (y_i - \bar{y})^2}} \quad (2)$$

где x_i – значение по шкале PHQ-2+1;

y_i – значение по шкале EPDS;

$\bar{x}$ и $\bar{y}$ – средние значения по каждой шкале.

Коэффициент корреляции Спирмена (ρ) рассчитывался по формуле (3)

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)} \quad (3)$$

где d_i – разность рангов для каждой пары значений x_i и y_i ;

n – количество наблюдений.

Чувствительность (*Sensitivity*, TPR) – доля женщин с EPDS $\geq X$, которые также были выявлены как положительные по шкале PHQ-2+1 при заданном пороговом значении определялась по формуле (4):

$$Sensitivity = \frac{TP}{TP + FN} \quad (4)$$

Специфичность (*Specificity*, TNR) – доля женщин с EPDS $< X$, которые получили отрицательный результат по шкале PHQ-2+1 по формуле (5):

$$Specificity = \frac{TN}{TN + FP} \quad (5)$$

Точность (*Precision*, PPV) – доля женщин, получивших положительный результат по шкале PHQ-2+1, у которых действительно было EPDS $\geq X$ по формуле (6):

$$Precision = \frac{TP}{TP + FP} \quad (6)$$

где TP – *True Positive*, положительные случаи;

FN – *False Negative*, ложноотрицательные случаи;

TN – *True Negative*, отрицательные случаи;

FP – *False Positive*, ложноположительные случаи.

F1-оценка рассчитывалась по формуле (7):

$$F1 = 2 \times \frac{Precision \times Sensitivity}{Precision + Sensitivity} \quad (7)$$

Индекс Юдена (*Youden Index*) рассчитывался по формуле (8):

$$J = Sensitivity + Specificity - 1 \quad (8)$$

Коэффициент альфа Кронбаха (*Cronbach's alpha*), рассчитывался по формуле (9):

$$\alpha = \frac{N}{N-1} \times \left(1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_{total}^2}\right) \quad (9)$$

где N – количество пунктов в шкале;

σ_i^2 – дисперсия каждого пункта;

σ_{total}^2 – дисперсия суммарного балла по шкале.

Коэффициент Каппа рассчитывался по формуле (10):

$$\kappa = \frac{P_0 - P_e}{1 - P_e} \quad (10)$$

где P_0 – наблюдаемая доля совпадений (истинноположительные + истинноотрицательные);

P_e – ожидаемая доля совпадений при случайном распределении ответов.

Статистическая обработка данных выполнялась с использованием языка Python 3.11.8 и библиотек pandas 1.5.3, numpy 1.24.0, Scikit-learn 1.7.0 и matplotlib 3.6.3.

2.4. Методика систематического обзора с метаанализом

Систематический обзор и метаанализ были проведены в соответствии с рекомендацией PRISMA⁴ [289]. Протокол был зарегистрирован 22.01.2023 в базе PROSPERO⁵ под номером CRD42023387628. В ходе работы в 2023–2024 гг. авторами был проведен двуязычный систематический поиск в электронных библиографических базах данных (Таблица 2.2).

Таблица 2.2 – Поисковые запросы и результаты поиска

БАЗА ДАННЫХ	ПОИСКОВЫЙ ЗАПРОС	ЧИСЛО ССЫЛОК
eLIBRARY	«статистика И/ИЛИ эпидемиология И/ИЛИ распространность И послеродовая депрессия»	6243
КиберЛенинка		98
PubMed	«post-partum depression OR PPD AND Russia OR Russian Federation»	18
CINAHL EBSCO		1
CENTRAL		0
EMBASE		0
MEDLINE		0
Всего	-	6360

⁴ <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>

⁵ <https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>

Так как в российский базах данных фильтры по типу работ выставить невозможно, то отбор проводился вручную по следующим критериям включения:

- публикации, содержащие оригинальные количественные данные о распространённости ПРД у женщин, проживающих на территории России, в течение первого года после родов;
- наличие описания дизайна исследования, характеристик выборки, применяемых диагностических инструментов и/или шкал оценки;
- доступность полнотекстовой версии публикации или материала, содержащего достаточную информацию для извлечения ключевых показателей (включая статьи из научных журналов, отчёты и материалы конференций со статистической обработкой результатов);
- публикации на русском и английском языках.

Критерии исключения:

- материалы без достаточной информации о методологии и результатах (в том числе после запроса у авторов).

После удаления дублирующих статей два исследователя независимо друг от друга оценили название и аннотацию работ на соответствие критериям включения, после чего ознакомились с полным текстом 80 статей для решения вопроса о включении их в обзор.

Из 6360 результатов поиска в соответствии с критериями включения было отобрано 51 полнотекстовое исследование для дальнейшего анализа (Рисунок 2.6).

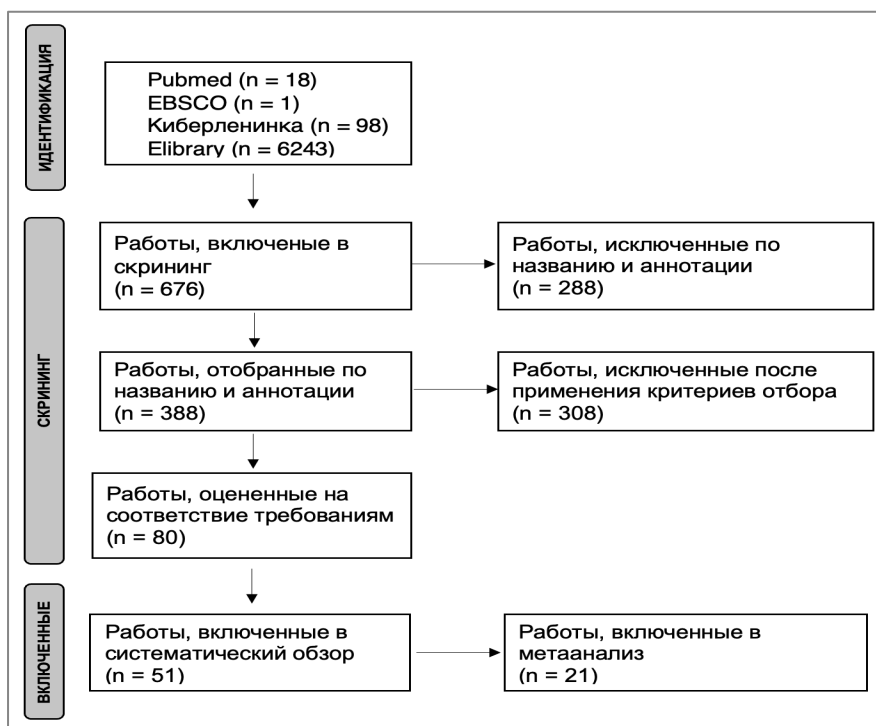


Рисунок 2.6 – Поток-диаграмма с этапами отбора исследований для систематического обзора и метаанализа

Извлечение данных проводилось в сводную таблицу также двумя исследователями. Для каждого исследования фиксировались следующие характеристики: автор/ы, год публикации, место и год проведения исследования, объем выборки и характеристики участников, дизайн, цель исследования, временные рамки измерения и/или продолжительность наблюдения, используемые методы диагностики (опросники и баллы), полученные результаты распространенности ПРД. Если в исследовании для выявления ПРД использовалось несколько шкал, в том числе EPDS, то для расчетов мы использовали данные именно этой шкалы. Если ПРД оценивалась в нескольких временных точках, то использовали результаты последней точки. Если в одном исследовании изучалось несколько групп женщин с различной распространенностью ПРД, каждая группа рассматривалась отдельно и включалась в анализ как самостоятельное наблюдение, при этом фамилия автора и год публикации повторялись в Таблицах для каждой из групп.

В ходе статистической обработки для каждого исследования была рассчитана точечная оценка распространенности ПРД, переведённая в долю (p), стандартная ошибка (SE) и дисперсия (Var) по формулам (11) и (12):

$$SE = \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}, \text{ где} \quad (11)$$

$$Var = SE^2 \quad (12)$$

где n – объём выборки.

Доверительные интервалы (ДИ) рассчитывались по формуле (13): (13)

$$95\% \text{ ДИ} = [\min(p - 1,96 \times SE), \quad \max(p + 1,96 \times SE)]$$

Для объединения оценок распространенности использована модель случайных эффектов по методу DerSimonian-Laird⁶. Итоговый вес для каждого исследования рассчитывался с учетом гетерогенности между исследованиями по формуле (14):

$$w_i(RE) = \frac{1}{Var_i + \tau^2}, \quad (14)$$

где Var_i – дисперсия оценки распространенности в i -м исследовании, а τ^2 – оценка гетерогенности между исследованиями.

Суммарные веса (W) в модели случайных эффектов рассчитывался как сумма весов всех включённых исследований по формуле (15):

$$W = \sum_{i=1}^k w_i, \quad (15)$$

где k – число исследований, а w_i – вес i -го исследования по модели случайных эффектов.

Значение τ^2 определялось на основе статистики Кокрена (Q) по следующим формулам (16, 16.1, 17, 17.1):

⁶ https://handbook-5-1.cochrane.org/chapter_9/9_4_3_1_random_effects_derSimonian_and_laird_method_for.htm

$$Q = \sum w_i (p_i - \bar{p})^2, \quad (16)$$

$$\bar{p} = \frac{\sum w_i p_i}{\sum w_i}, \quad (16.1)$$

$$\tau^2 = \max(0, \frac{Q - (k-1)}{C}), \quad (17)$$

$$C = \sum w_i - \frac{\sum w_i^2}{w_i}, \quad (17.1)$$

где k – количество исследований, а C – коэффициент поправки на дисперсию весов.

Оценка средневзвешенной распространенности с поправкой на гетерогенность рассчитывалась по формуле (18), а 95 % доверительный интервал по формуле (19):

$$\hat{p} = \frac{\sum w_i (RE) p_i}{\sum w_i (RE)} \quad (18)$$

$$95\% \text{ ДИ: } [\max(0, \hat{p} - 1,96 \times SE(\hat{p})), \min(1, \hat{p} + 1,96 \times SE(\hat{p}))] \quad (19)$$

Анализ чувствительности проводился посредством исключения каждого исследования из метаанализа, для чего на каждом шаге рассчитывалась итоговая средневзвешенная распространенность ПРД с 95 % ДИ. Если при исключении отдельного исследования итоговая оценка изменялась существенно, оно признавалось высоко влияющим. В противном случае результаты считались устойчивыми.

Для исследования временных трендов (изменение распространенности ПРД по годам) выполнялась метарегрессия. В качестве независимой переменной использовался год публикации, а в качестве зависимой – преобразованная распространенность. Модель оценивалась посредством взвешенной линейной регрессии с весами, рассчитанными по формуле (20):

$$w_i = \frac{1}{\text{var}(y_i)}, \quad (20)$$

Взвешенная линейная регрессия рассчитывалась по формуле (21):

$$\hat{p}_i = \beta_0 + \beta_1 \times x_i + \varepsilon_i, \quad (21)$$

где $\hat{p}_i$ – оценка распространенности послеродовой депрессии в i -м исследовании (в долях); x_i – значение предиктора для i -го исследования (в данном случае год публикации); β_0 – свободный член (intercept) уравнения регрессии;

β_1 – коэффициент регрессии, показывающий изменение распространенности на единицу изменения предиктора;

ε_i – случайная ошибка.

Анализ статистической значимости различий в распространенности ПРД между группами исследований проводился с использованием z-теста – в частности, при сравнении работ, опубликованных до и после 2020 г., исследований с высоким и разным методологическим качеством, с наличием и отсутствием патологии у участниц, а также при стратификации по типу

диагностических шкал и использованным пороговым значениям. Z-статистика рассчитывалась вручную по формуле (22):

$$Z = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{Var_1 + Var_2}}, \quad (22)$$

где p_1 и p_2 – оценки распространённости в сравниваемых подгруппах, Var_1 и Var_2 – соответствующие дисперсии, предварительно рассчитанные по формуле (12).

Во всех разделах, где проводился статистический анализ, включая сравнение подгрупп (например, по наличию патологий, году публикации, типу опросника или методологическому качеству), с помощью z-теста, а также в метарегрессии – различия считались статистически значимыми при уровне $p \leq 0,05$.

Методологическое качество поперечных исследований оценивалось по сокращенной до 10 ключевых критериев шкале AXIS (*Appraisal tool for Cross-Sectional Studies*) с максимально возможным баллом 10. Итоговая оценка классифицировалась следующим образом:

- 8–10 баллов – высокое качество;
- 5–7 баллов – среднее качество;
- <5 баллов – низкое качество.

Методологическое качество когортных исследований и исследований «случай-контроль» оценивалось с использованием стандартизированной шкалы NOS (*Newcastle–Ottawa Scale*) с максимальной оценкой в 9 баллов. Итоговая оценка классифицировалась следующим образом:

- 7–9 баллов – высокое качество;
- 5–6 баллов – среднее качество;
- <5 баллов – низкое качество.

Материалы конференций оценивались по тем же критериям, что и рецензируемые публикации.

Статистическая обработка данных выполнялась с использованием языка Python 3.11.8 и библиотек pandas 1.5.3, numpy 1.24.0, scipy 1.9.3, statsmodels 0.13.5 и matplotlib 3.6.3.

2.5. Методика опроса медицинских работников

В период с мая 2023 по ноябрь 2024 г. проведено онлайн-анкетирование 303 медицинских работников, участвующих в оказании помощи женщинам и детям первого года жизни на территории Российской Федерации.

Распространение анкеты проводилось при содействии первичной профсоюзной организации Министерства здравоохранения Московской области (ППО МЗ МО), входящей в структуру Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации. Использование

профсоюзной инфраструктуры как канала распространения анкеты обеспечивало целевой доступ к практикующим специалистам системы здравоохранения.

Опрос проводился на онлайн-платформе «Анкетолог» с использованием логических правил построения анкеты, предусматривавших маршрутизацию респондентов в зависимости от ответов на фильтрующие вопросы. Это обеспечивало предъявление только релевантных блоков вопросов и исключение из дальнейшего опроса лиц, не соответствовавших критериям включения, к которым относились:

- наличие медицинского образования;
- осуществление медицинской деятельности по соответствующей специальности;
- профессиональное взаимодействие с матерями детей первого года жизни.

Контроль качества данных осуществлялся по тем же принципам, что и в опросе матерей, и включал исключение некорректно заполненных анкет, анкет со слишком быстрым временем заполнения, случаев формального выбора ответов, а также проверку логической согласованности ответов.

Контроль качества данных обеспечивался как за счет логических правил построения анкеты, так и за счет последующего просмотра массива ответов. На этапе включения в исследование использовался фильтрующий вопрос о наличии профессионального взаимодействия с матерями детей первого года жизни; при отрицательном ответе дальнейшее заполнение анкеты прекращалось. В основной части анкеты также уточнялись уровень образования, специальность, место работы и тип медицинской организации, что позволяло дополнительно оценивать соответствие респондента профессиональному профилю, предусмотренному исследованием. В дополнительной части анкеты для женщин-медицинских работников повторно проверялись сведения о наличии и возрасте детей: после подтверждения права на заполнение этого раздела респондентки указывали число детей, а затем – пол и возраст ребенка или детей. В ходе опросной кампании было получено 355 анкет, из которых 52 были дисквалифицированы; в итоговый анализ включены 303 анкеты.

Генеральную совокупность исследования составляли медицинские работники, участвующие в оказании медицинской помощи беременным женщинам, матерям детей первого года жизни и детям первого года жизни, включая врачей и средний медицинский персонал. По данным статистического сборника Росстата «Здравоохранение в России» [17], общая численность врачей в Российской Федерации в 2024 году составляла около 750 тыс. человек (в том числе акушеров-гинекологов – 42,3 тыс., врачей-педиатров – 62,5 тыс., врачей общей практики – 9,4 тыс. человек), а численность среднего медицинского персонала – около 1,4 млн человек (из них акушерок – 47,7 тыс.). С учётом ориентировочной численности генеральной совокупности медицинских работников порядка 200–300 тыс. человек ее можно рассматривать как большую и

применять формулу Кокрена для собственно-случайной выборки [106]. Поскольку изучение распространённости конкретного признака не входило в задачи исследования, расчёт объёма выборки производился по её универсальной модификации для максимальной дисперсии показателя ($p = 0,5$): (1.2):

$$n = \frac{t^2}{4 \times \Delta^2}$$

где:

n – требуемый объём выборки;

t – значение нормального распределения при доверительной вероятности 95% (1,96);

Δ – предельная ошибка выборки.

В практике отечественных медико-социальных исследований (Щепин О. П., Медик В. А., 2011) подчеркивается, что при изучении закрытых профессиональных групп выбор предельной ошибки зависит от целей исследований и доступности респондентов [106]. Для выявления структуры мнений и основных тенденций в группе медицинских работников, где получение максимально точной популяционной оценки затруднено вследствие ограниченного ресурса времени специалистов, допустимым является использование среднего диапазона точности. Исходя из этого, для обеспечения репрезентативности при соблюдении принципа доступности выборки, предельная ошибка была принята на уровне $\pm 7\%$. При данном значении и доверительной вероятности 95% минимально необходимый объём выборки составил 196 человек, согласно расчету по формуле Кокрена:

$$n = \frac{1,96^2}{4 \times 0,07^2} \approx 196$$

Фактически в исследование были включены 303 медицинских работника, что превышает расчетный минимально необходимый объём выборки. Это свидетельствует о достаточности выборочной совокупности для анализа структуры мнений и выявления основных тенденций в изучаемой группе.

Анкета была разработана авторами и получила одобрение Локального этического комитета Сеченовского университета (протокол № 22-21 от 09.12.2021). Организация онлайн-опроса медицинских работников осуществлялась в соответствии с теми же международными рекомендациями ESOMAR и AAPOR, что и опроса матерей, и включала добровольность и информированность участия и соблюдение конфиденциальности.

Участие в анкетировании было анонимным; респондентам сообщалась цель исследования – изучение уровня осведомлённости медицинских работников о послеродовой депрессии и оценка возможностей внедрения скрининга на ПРД.

Анкета состояла из 54 вопросов и включала 4 блока:

1. социально-демографические данные;
2. отношение к симптомам ПРД;
3. профессиональная осведомленность о ПРД как о заболевании и отношение к скринингу на ПРД;
4. эмоциональное состояние на момент заполнения анкеты.

Блок социально-демографических и профессиональных вопросов включал: пол, возраст, семейное положение, уровень образования, ученая степень, специальность, место работы, тип медицинской организации, место жительства и тип населенного пункта. Первый вопрос о взаимодействии с матерями детей до года являлся отборочным – если у респондент отвечал отрицательно, то его ответ дисквалифицировался и не учитывался.

Далее следовал блок вопросов, касающихся отношения к психическим и физическим симптомам, которые могут испытывать женщины с маленькими детьми, без указания клинического термина «послеродовая депрессия». Такой подход применялся для снижения предвзятости и предотвращения ассоциативного мышления, связанного с диагнозом. Перечень симптомов был адаптирован из Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии (EPDS) [153]: в качестве основы были использованы пункты, отражающие ключевые аспекты шкалы – сниженное настроение и утрата удовольствия, повышенную тревожность и внутреннее напряжение, чувство вины и несостоятельности, повышенную утомляемость и нарушения сна. На их основе были сформулированы обобщённые утверждения о том, какие эмоциональные и физические состояния «могут испытывать женщины после родов», без указания на диагноз или необходимость лечения.

Следующий блок был посвящен профессиональной осведомлённости о ПРД, отношению к проведению скрининга, а также опыту и потребности в обучении по данной тематике.

Заключительная, дополнительная часть анкеты предназначалась для респондентов-женщин, которые на момент опроса имели одного или нескольких детей в возрасте до одного года, и включала 10 пунктов опросника EPDS и 3 пункта PHQ-2+1. Эта часть заполнялась по желанию и полностью дублировала методику и порядок подсчёта баллов, использованные в опросе матерей.

Термин «послеродовая депрессия» был введён с 19-го вопроса, хотя в отличие от анкеты для матерей, он упоминался во вступительном слове в контексте скрининга на ПРД. В части про осведомленность симптомы ПРД были также обозначены как «психологические проблемы матерей после родов».

Анкета приведена в приложении В.

Характеристика выборки медицинских работников

В опросе медицинских работников приняли участие 303 человека, из них 281 женщина (92,7 %) и 22 мужчины (7,3 %).

Наибольшую долю составили участники старше 47 лет – 100 человек, 33,0 % всей выборки. Следом идут группы 42–47 лет (53 респондента, 17,5 %) и 36–41 год (49 человек, 16,2 %). В возрастах 30–35 лет и 24–29 лет находились 46 (15,2 %) и 34 (11,2 %) участников соответственно. Самой малочисленной оказалась категория 18–23 лет – 21 респондент (6,9 %). Таким образом, более половины опрошенных (50,5 %) относятся к возрасту 42 года и старше, что указывает на преобладание старших возрастных групп в выборке, тогда как молодые участники до 30 лет составляют менее пятой части (18,1 %) (Рисунок 2.7).

Средний возраст респондентов, рассчитанный по серединам возрастных интервалов, составил $40,5 \pm 10,3$ года. Оценка медианы по сгруппированным данным составила 41,7 года (95% ДИ: 39,6–43,7 года). Следует учитывать, что данные показатели являются приближёнными, поскольку рассчитаны на основе интервального распределения, в том числе с условным значением в 52 года для открытой возрастной группы «старше 47 лет».

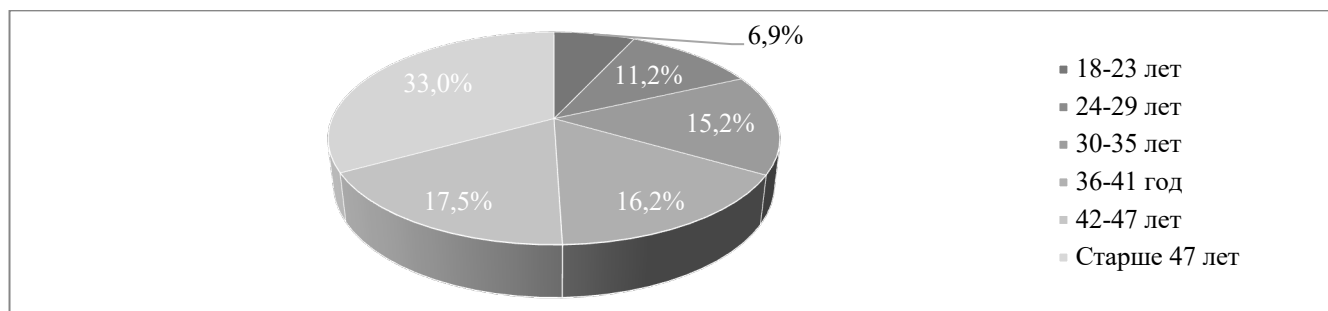


Рисунок 2.7 – Распределение респондентов по возрастам (доли, %)

Большинство участников опроса имели высшее образование – 190 человек (62,7 %), из них 12 респондентов (4 %) имели степень кандидата наук; среднее специальное указали 123 человека (37,3 %).

Среди врачей наиболее многочисленной группой являлись врачи акушеры-гинекологи – 115 человек (60,5%), врачи-педиатры – 23 человека (12,1%), врачи общей практики – 10 человек (5,3%), неонатологи – 9 человек (4,7%) и терапевты – 6 человек (3,2%). Кроме того, в исследование вошли специалисты организационного профиля – 9 человек (4,7%) и представители других медицинских специальностей – 18 человек (9,5%) (Рисунок 2.8).

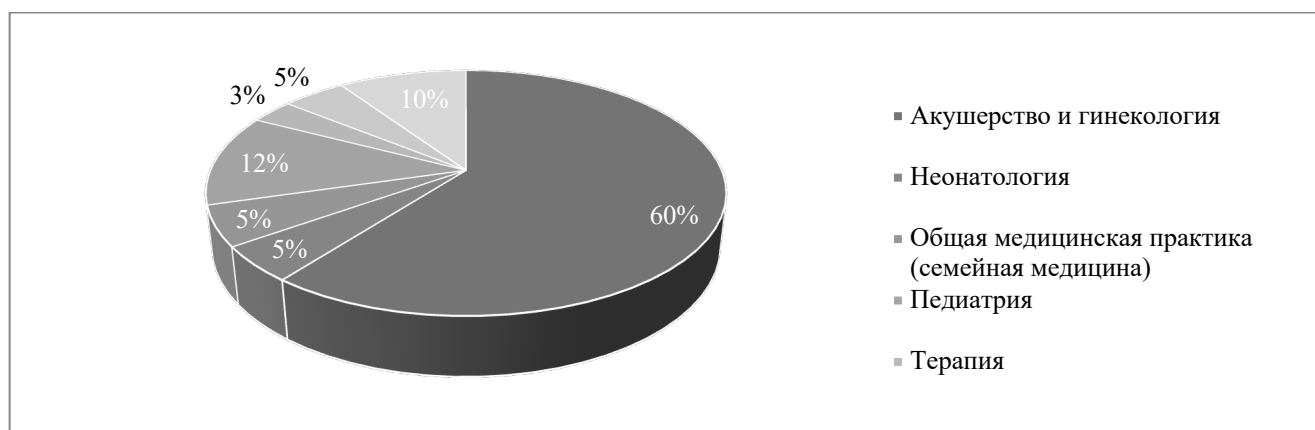


Рисунок 2.8 – Распределение врачей по специальности (доли, %)

Среди среднего медицинского персонала наиболее многочисленными группами являлись специалисты по акушерскому делу – 39 человек (34,5%), сестринскому делу – 43 человека (38,1%) и сестринскому делу в педиатрии – 25 человек (22,1%). Также в выборку вошли специалисты общей практики – 9 человек (8,0%) и специалисты организационного профиля – 1 человек (0,9%) (Рисунок 2.9).

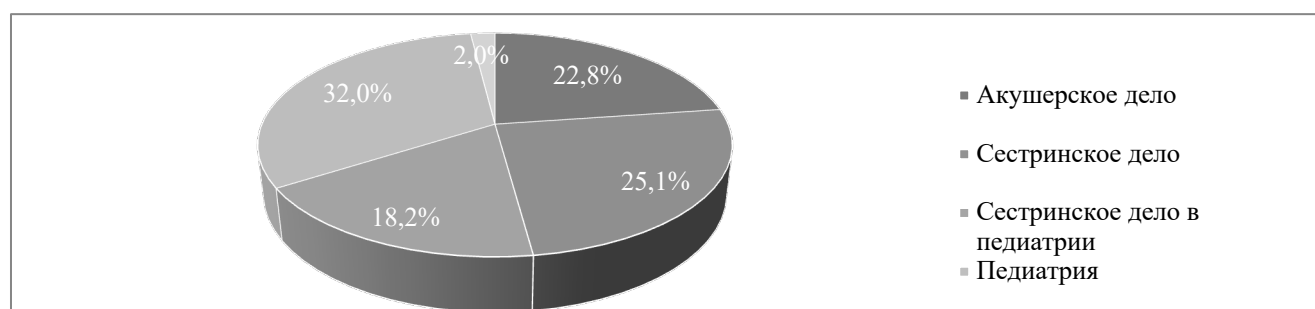


Рисунок 2.9 – Распределение среднего медицинского персонала по специальности (доли, %)

Большинство респондентов (258 чел., 85,1 %) на момент опроса работали в медицинских организациях государственной и муниципальной системы здравоохранения. При этом наибольшее количество респондентов (109 человек, 36 %) работали в женских консультациях. На втором месте по численности – родильные дома, где были заняты 68 участников (22,4 %). В поликлиниках трудились в совокупности 88 человек: из них 53 (17,5 %) в поликлиниках для взрослых и 35 (11,6 %) в детских. В многопрофильных больницах работали 37 респондентов (12,2 %), в специализированных – 7 человек (2,3 %). Категорию «Другое» указали 29 участников, что составляет 9,6 % от общего числа (Рисунок 2.10).

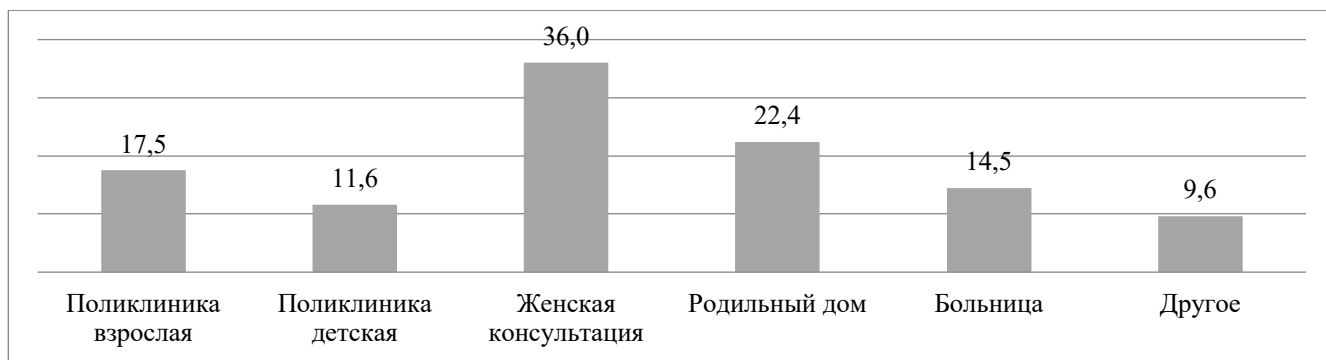


Рисунок 2.10 – Распределение респондентов по месту работы (% , множественный выбор)

Всего в опросе приняли участие респонденты из 50 регионов Российской Федерации. Наиболее широко была представлена Московская область – отсюда поступило 174 ответа, что составляет 57,4 % от всей выборки. Вторым по численности стала Курская область – 51 участник (16,8 %). На третьем месте – город Москва, представленный 21 респондентом (6,9 %). Из Белгородской области, республик Башкортостан и Татарстан, а также Санкт-Петербурга поступили ответы 24 человек (6,6 %).

Среди респондентов преобладали жители средних городов: наибольшая доля участников (118 человек, 38,9 %) проживала в населённых пунктах с численностью от 100 до 500 тысяч человек. В крупных городах с населением свыше 1 миллиона проживало 54 человека (17,8 %), а в городах от 500 тысяч до 1 миллиона – 49 человек (16,2 %). В небольших городах с численностью менее 100 тысяч живут 46 участников (15,2 %). Посёлки городского типа указали в качестве места проживания 19 человек (6,3 %), сельские населённые пункты – 16 респондентов (5,3 %) (Рисунок 2.11).

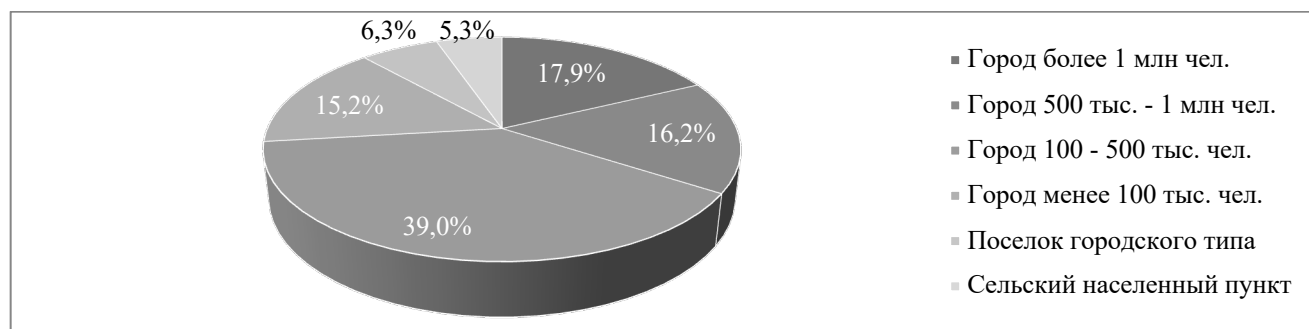


Рисунок 2.11 – Распределение респондентов по типу населенного пункта (доли, %)

Сопоставить выборку с генеральной совокупностью не представляется возможным в связи с отсутствием статистических данных о характеристиках медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период беременности и родов и детям первого года жизни. Известно, что в целом (по данным статистического сборника Росстата «Здравоохранение в России

– 2025») [17], в 2024 году средний возраст занятых в здравоохранении составлял 44,6 года; наибольшие доли приходились на возрастные группы 45–49 лет (14,1%), 50–54 лет (14,1%) и 40–44 лет (13,9%). Это соответствует возрастной структуре сформированной выборки, в которой также преобладали респонденты среднего и старшего возраста, а средний возраст составил 40,5 лет. По уровню образования в выборке преобладали участники с высшим образованием (62,7%), тогда как среднее специальное указали 37,3% респондентов. По данным Росстата, в целом среди занятых в здравоохранении в 2024 г. высшее образование имели 40,0%, среднее профессиональное образование по программам подготовки специалистов среднего звена – 43,2%, по программам подготовки квалифицированных рабочих и служащих – 7,9%, среднее общее – 7,1% [17]. Таким образом, в исследуемой выборке несколько менее представлены средние медицинские работники (лица без медицинского образования в целевую популяцию не входили).

Структура врачебных специальностей в выборке в целом соответствовала задачам исследования и профилю медицинской помощи женщинам и детям первого года жизни. По данным Росстата, в 2024 году в Российской Федерации насчитывалось 42,3 тыс. акушеров-гинекологов, 62,5 тыс. педиатров и 9,4 тыс. врачей общей практики; в выборке именно эти специальности были представлены наиболее широко. Аналогично среди среднего медицинского персонала в официальной статистике выделяются крупные профессиональные группы, непосредственно связанные с материнством и детством, включая акушеров и медицинских сестёр, что соответствует составу привлечённых респондентов.

В выборке преобладали медицинские работники городской системы здравоохранения, соответственно выявление отношения к скринингу среди медицинских работников в сельской местности может быть предметом дальнейших исследований.

Методы статистического анализа

Статистическую обработку выполняли в среде Python 3.11.8 с использованием специализированных библиотек pandas 1.5.3 и statsmodels 0.13.5. Частотные характеристики описывали методами описательной статистики. Для проверки взаимосвязи между категориальными переменными использовался χ^2 -критерий согласия Пирсона, а для оценки силы связи применялся коэффициент Крамера V. Порог статистической значимости был установлен на уровне $p < 0,05$.

2.6. Методика построения и обработки модели для оценки клинико-экономической целесообразности скрининга на послеродовую депрессию

Клинико-экономическая модель скрининга на ПРД была разработана в виде древа решений на данных о количестве рождений в г. Москве в 2024 г. Предлагается проведение скрининга на ПРД во время плановых осмотров ребенка в возрасте 1, 3 и 9 месяцев с использованием опросника РНҚ-2+1. Существующая практика в модели представлена выявлением и лечением только тяжелых случаев ПРД. Модель представлена на Рисунке 2.12.

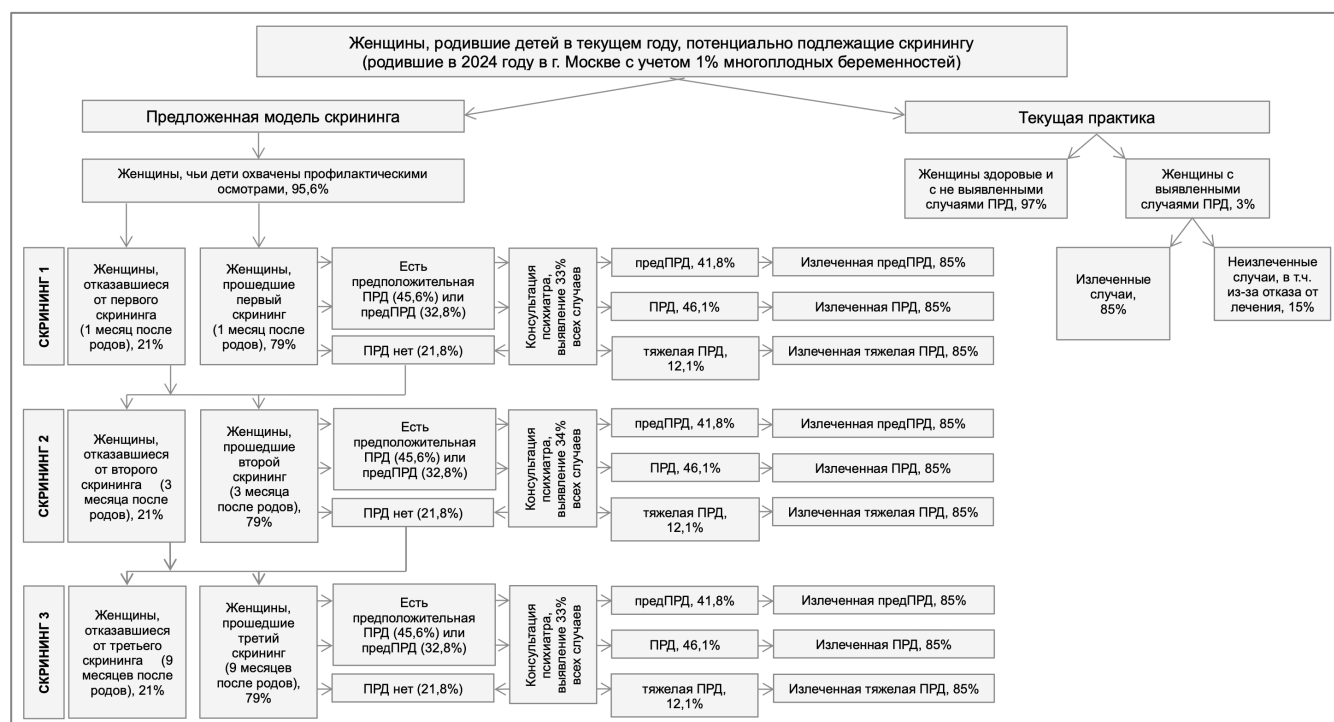


Рисунок 2.12 – Структура модели скрининга на послеродовую депрессию

В результате скрининга на каждом этапе могут быть получены два варианта заключения: предположительная ПРД или предПРД (≥ 2 баллов), признаков ПРД нет (0-1 балл). Женщины, попавшие в первую категории, направляются к профильному специалисту для клинической оценки, подтверждения или исключения диагноза и назначения терапии. Участницы, у которых выявлены симптомы ПРД, исключаются из дальнейших скрининговых раундов. Женщины, отказавшиеся от участия на одном из этапов, приглашаются к скринингу на последующих этапах. Предположительная распространенность ПРД (45,6%) и предПРД (32,8%), доли предПРД (41,8%), ПРД средней и легкой (46,1%), а также тяжелой стадии (12,1%) взяты из собственных данных [96]. Числовые параметры охвата профилактическими медицинскими осмотрами (95,6%) экстраполированы из отчёта, представленного Т. А. Голиковой на заседании по вопросам социальной политики (2023 г.), в отсутствие опубликованных российских

эмпирических данных по соответствующим возрастным группам [29]. Доля отказов от скрининга была принята равной собственным данным, полученным в результате ответа на вопрос «Было бы для вас приемлемо заполнение короткой анкеты для выявления симптомов депрессии на приеме у специалиста не психиатрического профиля (например, педиатра, гинеколога)?», что подтверждается также и данными *Policy Center for Maternal Mental Health* [333]. Доля отказов от терапии принята равной 15 %, согласно исследованию A.L. Olson et al. [288]. Исходные данные для модели представлены в Таблице 2.3.

Таблица 2.3 – Исходные данные для модели

ПОКАЗАТЕЛЬ	ЗНАЧЕНИЕ	ИСТОЧНИК
Число рождений в 2024 году в г. Москве	120 215 чел.	Мосгорстат, 2025 [90]
Число женщин, потенциально подлежащих скринингу	119 013 чел.	Рассчитано с учетом 1% многоплодных беременностей по правилу Хеллина [223]
Доля женщин, чьи дети охвачены профилактическими осмотрами	95,6 %	[29]
Доля женщин, отказавшихся от участия в скрининге в 1-й, 3-й и 9-й месяц после родов (на каждом этапе), среди тех, кому был предложен скрининг	21,0%	[95, 96, 285]
Доля случаев предположительной ПРД (за год)	45,6%	[96]
Доля случаев предположительной предПРД (за год)	32,8%	[96]
Доля выявления предположительной предПРД и ПРД на первом этапе (1-й месяц после родов) (от всех случаев, заподозренных за год)	33,0 %	[209]
Доля выявления предположительной предПРД и ПРД на втором этапе (3-й месяц после родов) (от всех случаев, заподозренных за год)	34,0 %	[209]
Доля выявления предположительной предПРД и ПРД на третьем этапе (9-й месяц после родов) (от всех случаев, заподозренных за год)	33,0 %	[209]
Предположительная доля случаев предПРД (от общего числа выявленных случаев)	41,8 %	[96]
Предположительная доля случаев ПРД легкой и средней тяжести (от общего числа выявленных случаев)	46,1 %	[96]
Предположительная доля случаев тяжелой ПРД (от общего числа выявленных случаев)	12,1 %	[96]
Ожидаемая частота отказов от лечения при установленном диагнозе ПРД	15,0 %	[288]
Успешность проведенного лечения при согласии пациентки	100 %	Предположение для упрощения модели

Стоимость скрининга рассчитана исходя из предположения, что заполнение опросника и подсчет баллов занимают около одной минуты, что соответствует 6,7 % общего времени приема. Продолжительность приема определена на основании отраслевых норм времени на выполнение

работ (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 июня 2015 г. № 290н [68] и Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 декабря 2023 г. № 696н) [69].

Для расчета стоимости лечения ПРД использованы данные о стоимости приема врача психиатра, приведенные в Программе государственных гарантий (Постановление Правительства Москвы от 27 декабря 2024 г. № 3163-ПП) [44], тарифы на социальные услуги Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы (Приказ ДТСЗН г. Москвы от 30 декабря 2021 г. № 1425 с изменениями, внесёнными Приказом ДТСЗН г. Москвы от 27 февраля 2025 г. № 145 [43] и другие нормативные документы. Итоговые значения приведены в Таблице 2.4.

Таблица 2.4 – Стоимость услуг в модели

УСЛУГА	СТОИМОСТЬ, руб.	ИСТОЧНИК
Профилактический приём врача-педиатра участкового (15 мин)	1622,40	[44, 68]
Приём врача-психиатра профилактический (15 мин)	1622,56	[44]
Приём врача-психиатра по заболеванию (24 мин)	4519,95	
Приём врача-психотерапевта по заболеванию (42 мин)	4519,95	
Психологический патронаж на дому (60 мин)	474,0	
Помощь по дому / присмотр за детьми (60 мин)	474,0	
Скрининг (1 мин)	108,70	[68]

Модель предполагает, что пациентки с ПРД лёгкой и средней степени тяжести будут получать психологическую терапию в сочетании с социальной поддержкой, тогда как все матери с тяжёлой ПРД – комбинацию антидепрессантов, психологической терапии и социальной поддержки. Такой подход был сформирован на основании анализа данных международных и российских клинических рекомендаций (NICE, 2014 [121]; ACOG, 2023 [143]; Минздрав России, 2024 [27]) и публикаций по эффективности комплексных вмешательств при ПРД. Кроме того, предполагается, что часть матерей, у которых не диагностирована ПРД, но которые обеспокоены своими симптомами и имеют определенные факторы риска, получают социальную поддержку, в модели такие случаи определены как случаи с предпороговой симптоматикой ПРД (предПРД). Таким образом, лечение включает три варианта в зависимости от тяжести состояния пациентки (Таблица 2.5).

Таблица 2.5 – Элементы медицинской помощи в модели и их стоимость

СТАДИЯ	ЭЛЕМЕНТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	СТ-ТЬ, РУБ.	КОЛ -ВО	ИТОГО, РУБ.	ВСЕГО, РУБ.
ПредПРД	Прием психиатра первичный (15 мин)	1 622,40	1	1 622,40	19 448,25
	Прием врача-психотерапевта (42 мин)	4 519,95	3	13 559,85	
	Психологический патронаж на дому (1 час)	474,0	3	1 422,00	
	Помощь по дому / присмотр за детьми (1 час)	474,0	6	2 844,00	

Продолжение Таблицы 2.5

ПРД средней и легкой степени тяжести	Прием психиатра первичный (15 мин)	1 622,40	1	1 622,40	71 757,75
	Прием врача-психотерапевта (42 мин)	4 519,95	12	54 239,40	
	Психологический патронаж на дому (1 час)	474,0	6	2 844,00	
	Помощь по дому / присмотр за детьми (1 час)	474,0	18	8 532,00	
	Прием психиатра по заболеванию (24 мин)	4 519,95	1	1 622,40	
Тяжелая ПРД	Прием психиатра первичный (15 мин)	1 622,40	1	1 622,40	93 080,61
	Прием врача-психотерапевта (42 мин)	4 519,95	12	54 239,40	
	Психологический патронаж на дому (1 час)	474,0	12	5 688,00	
	Помощь по дому / присмотр за детьми (1 час)	474,0	36	17 064,00	
	Прием психиатра по заболеванию (24 мин)	4 519,95	3	13 559,85	
	Медикаментозная терапия (флуоксетин)	75,58	12	906,96	

В экономической модели произведены следующие расчёты:

- оценка численности женщин, охваченных скринингом на каждом из трёх этапов (в 1, 3 и 9 месяцев после родов);
- определение количества случаев ПРД и предпороговых состояний, выявляемых и пролеченных при внедрении программы скрининга, а также при сохранении текущей практики;
- расчёт совокупных затрат на лечение ПРД в условиях действующей системы выявления;
- расчёт совокупных затрат на проведение скрининга и последующее лечение ПРД при реализации организованной программы;
- оценка инкрементных расходов, возникающих при переходе от существующей практики к стратегии активного скрининга;
- оценка инкрементного показателя «затраты–эффективность» (ИПЗЭ, ICER) по критерию число лет качественной жизни (ЧЛКЖ, QALY) то позволило оценить стоимость одного дополнительно приобретённого года качественной жизни при внедрении скрининга по сравнению с текущей практикой.

Инкрементные показатели «затраты/эффективность» (англ. *Incremental cost-effectiveness ratio*, ИПЗЭ), показывающие стоимость дополнительно выявленного и дополнительно вылеченного случая рассчитывались по формулам (23.1, 23.2):

$$\text{ИПЗЭ}_{\text{скрининга}} = \frac{C_{\text{прогр}} - C_{\text{тек.пр.}}}{Ef_{\text{прогр}} - Ef_{\text{тек.пр.}}}, \quad (23.1)$$

где $C_{\text{прогр}}$ – расходы на организацию скрининга в предложенной программе;

$C_{\text{тек.пр.}}$ – аналогичные расходы при действующей практике «пассивного» выявления;

$Ef_{\text{прогр}}$ – эффективность программы скрининга, выраженная в числе выявленных (вылеченных) случаев ПРД;

$Ef_{\text{тек.пр.}}$ – эффективность существующей практики, выраженная в числе выявленных (вылеченных) ПРД) случаев.

$$\text{ИПЗЭ}_{\text{лечения}} = \frac{C_{\text{прогр}} - C_{\text{тек.пр.}}}{Ef_{\text{прогр}} - Ef_{\text{тек.пр.}}}, \quad (23.2)$$

где $C_{\text{прогр}}$ – расходы на организацию лечения в предложенной программе;

$C_{\text{тек.пр.}}$ – аналогичные расходы при действующей практике «пассивного» выявления;

$Ef_{\text{прогр}}$ – эффективность программы скрининга, выраженная в числе выявленных (вылеченных) случаев ПРД;

$Ef_{\text{тек.пр.}}$ – эффективность существующей практики, выраженная в числе выявленных (вылеченных ПРД) случаев.

Также был рассчитан инкрементный показатель «затраты/эффективность» (ИПЗЭ) по критерию ЧЛКЖ по формуле (24):

$$\text{ИПЗЭ}_{\text{ЧЛКЖ}} = \frac{C_1 - C_2}{\Delta\text{ЧЛКЖ}_t} \quad (24)$$

где $\Delta\text{ЧЛКЖ}_t$ – годовой прирост показателя «число лет качественной жизни» в году t , при этом (формула (25)):

$$\Delta\text{ЧЛКЖ}_t = (U_{\text{без ПРД}} - U_{\text{с ПРД}}) \times t \quad (25)$$

где $U_{\text{без ПРД}}$ (полезность одного года жизни без ПРД) принята равной единице.

$U_{\text{с ПРД}}$ (полезность одного года жизни с ПРД) принята равной 0,8.

t – длительность состояния в годах, принята равной 0,5.

Поскольку выявление и начало лечения ПРД в модели распределены равномерно в течение года (1, 3 и 9 месяц), средняя продолжительность эффекта в первый календарный год составляет 6 месяцев. В связи с этим при расчёте ЧЛКЖ применена поправка на половину цикла. Значение полезности года жизни при ПРД выбрано как среднее внутри диапазона 0,78–0,87, полученного в трёх независимых источниках: проспективное исследование в Австралии показало рост индекса EQ-5D-5L от 0,70 на 1-й неделе до 0,85 на 6-й, среднее за период $\approx 0,80$ [220], в китайской модели для скрининга ПРД депрессии полезность здорового года жизни равна 0,85 [157]; британское картирование 1 068 пар «EPDS + EQ-5D-3L» дало прогнозную полезность 0,79 при низком балле EPDS, то есть в отсутствии депрессии [208]. То есть точка 0,8 была выбрана как средняя внутри этого коридора – достаточно близко к наблюдаемым значениям, но немного занижена, чтобы не переоценить выгоду скрининга.

Пороговая стоимость одного года качественной жизни для РФ принята равной однократному ВВП на душу населения, а именно 1,37 млн руб. по методике ГОСТ Р 57525-2017 [10] и правилу ВОЗ «1-3 ВВП на душу населения за ЧЛКЖ» [249].

Для оценки устойчивости результатов экономической оценки и проверки влияния ключевых параметров на итоговый показатель был проведён анализ чувствительности модели. В рамках анализа варьировались показатели полезности, горизонт моделирования и охват

скринингом, что позволило оценить стабильность инкрементного показателя «затраты–эффективность» при изменении допущений модели.

Формула (26), применяемая для расчёта ИПЗЭ_{ЧЛКЖ} в анализе чувствительности, имеет следующий вид:

$$\text{ИПЗЭ}_{\text{ЧЛКЖ}} = \frac{C_1 - C_2}{N_{\text{add}} \times (U_{\text{без ПРД}} - U_{\text{с ПРД}}) \times t} \quad (26)$$

где N_{add} – количество дополнительно излеченных женщин;

$U_{\text{без ПРД}}$ – полезность одного года жизни без ПРД (принята равной 1);

$U_{\text{с ПРД}}$ – полезность одного года жизни с ПРД (в сценариях 0,75; 0,8; 0,85);

t – число лет горизонта моделирования.

При изменении охвата скринингом меняется количество излеченных женщин N_{add} по формуле (27)

$$N_{\text{add,new}} = N_{\text{add,base}} \times (1 \pm \Delta), \quad (27)$$

где $N_{\text{add,new}}$ – количество дополнительно излеченных женщин при изменённом охвате скринингом;

$N_{\text{add,base}}$ – количество дополнительно излеченных женщин в базовом сценарии;

Δ – относительное отклонение охвата ($\pm 10\%$ в сценариях).

2.7. Методика прогнозирования результатов внедрения скрининга на национальном уровне

Цель данного этапа состояла в прогнозировании результатов внедрения скрининга на ПРД на популяционном уровне в Российской Федерации. В отличие от базовой экономической модели, основанной на условной когорте, в настоящем разделе осуществлено прогнозирование ожидаемых результатов программы скрининга при её реализации на всей популяции рожениц. Оценивали ожидаемое число выявленных случаев ПРД, число ложноположительных и ложноотрицательных результатов, а также ориентировочную потребность в последующем лечении.

Для расчётов использовались данные о числе женщин, родивших в 2024 году ($N = 1\,210\,184$) [100], показатели охвата профилактическими осмотрами, доля отказов от скрининга, распространённость послеродовой депрессии, а также чувствительность и специфичность опросника PHQ-2+1, определённые на выборке матерей.

Определение охвата скринингом

При 95,6 % охвате профилактическими осмотрами ($p_{\text{осмотр}} = 0,95$) и доле отказов от скрининга на каждом этапе в 21,0 % ($p_{\text{отказ}} = 0,79$) вероятность пройти скрининг хотя бы один раз ($P_{\text{скрин}}$) рассчитывалась по формуле (28):

$$P_{\text{скрин}} = 1 - p_{\text{отказ}}^3 \quad (28)$$

Общий охват скринингом ($C_{\text{общ}}$) по формуле (29):

$$C_{\text{общ}} = p_{\text{осмотр}} \times P_{\text{скрин}} \quad (29)$$

Число женщин ($N_{\text{скрин}}$), прошедших скрининг по формуле (30):

$$N_{\text{скрин}} = N \times C_{\text{общ}} \quad (30)$$

Распределение по наличию ПРД

Ожидаемое количество женщин с ПРД (*TrueCases*) и без ПРД (*NonCases*) среди прошедших скрининг выполнялся по формулам (31), (32):

$$TrueCases = N_{\text{скрин}} \times \hat{p} \quad (31)$$

$$NonCases = N_{\text{скрин}} - TrueCases \quad (32)$$

где $\hat{p}$ – объединенная оценка распространенности ПРД в РФ, полученная в результате систематического обзора с метаанализом.

Моделирование диагностических исходов скрининга

Для оценки ожидаемой диагностической точности скрининга в условиях массового применения результаты скрининга были распределены по четырём стандартным категориям диагностической классификации с учётом чувствительности и специфичности опросника: истинно-положительные (TP), ложно-отрицательные (FN), ложно-положительные (FP) и истинно-отрицательные (TN). Расчёт значений для каждой категории осуществлялся по формулам (33) (34), (35), (36):

$$TP = Se \times TrueCases \quad (33)$$

$$FN = (1 - Se) \times TrueCases \quad (34)$$

$$FP = (1 - Sp) \times NonCases \quad (35)$$

$$TN = Sp \times NonCases \quad (36)$$

Количество женщин, получивших лечение

Число прошедших терапию женщин $N_{\text{терап}}$ было рассчитано по формуле (37):

$$N_{\text{терап}} = TP \times (1 - \eta) \quad (37)$$

где η – 15% доля отказов от лечения.

Показатели прогностической ценности

Для количественной характеристики эффективности опросника в конкретной выборке были рассчитаны значения прогностической ценности положительного и отрицательного результата: долю действительно больных среди всех, кто получил положительный результат (*Positive Predictive Value*, PPV) и долю действительно здоровых среди тех, чей результат отрицательный (*Negative Predictive Value*, NPV), - которые отражают вероятность правильной классификации обследуемых после получения результата теста. Параметры чувствительности (Se) и специфичности (Sp) характеризуют свойства инструмента априори, тогда как PPV и NPV зависят не только от Se и Sp, но и от доли заболевших в исследуемой популяции.

Положительная прогностическая ценность опросника PHQ-2+1 (PPV) рассчитывалась по формуле (38):

$$PPV = \frac{TP}{TP + FP} \quad (38)$$

Отрицательная прогностическая ценность опросника PHQ-2+1 (NPV) – по формуле (39):

$$NPV = \frac{TN}{TN + FN} \quad (39)$$

Масштабирование результатов модели на национальный уровень

Для сопоставления результатов национального прогноза с данными клинико-экономического анализа использован коэффициент пересчёта k , отражающий отношение числа дополнительно излеченных пациенток в масштабе Российской Федерации к аналогичному показателю в модельной когорте по формуле (40):

$$k = \frac{N_{\text{терап}}}{N_{\text{терап модель}}} \quad (40)$$

ГЛАВА 3. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

3.1. Оценка распространенности послеродовой депрессии по данным опроса матерей по шкале EPDS

По результатам онлайн-опроса 45,6 % опрошенных (164 чел.) набрали 12 и более баллов по EPDS, что соответствует предположительному наличию ПРД, и ещё 32,8 % (118 чел.) набрали 7–11 баллов, то есть имели предпороговую стадию развития ПРД. Всего признаки ПРД и субклиническая симптоматика наблюдались у 78,4 % респонденток (282 из 360). Таким образом, предположительная частота ПРД в нашем исследовании составила 45,6 % (95% ДИ: 40,5 %–50,7 %), предпороговая стадия имела место у 32,8 % (95 % ДИ: 28,1 %–37,8 %). Среди женщин, достигших порогового уровня симптомов (≥ 7 баллов), 46,1 % (130 из 282) имели клинически значимую депрессию (12–18 баллов), а у 12,1 % (34 из 282) выявлены признаки тяжёлой ПРД (≥ 19 баллов). Также 17,13 % женщин (62 чел.) набрали 2 (55 чел.) или 3 (7 чел.) балла по 10-му вопросу EPDS, что свидетельствует о суицидальном риске (Таблица 3.1 и Рисунок 3.1).

Таблица 3.1 – Распределение (доли) уровней симптоматики по EPDS в выборке (n = 360)

ПОРОГОВОЕ ЗНАЧЕНИЕ, БАЛЛЫ	КОЛИЧЕСТВО, ЧЕЛ.	% ОТ ВЫБОРКИ	ИНТЕРПРЕТАЦИЯ В ИССЛЕДОВАНИИ
Норма, 0–6	78	21,7	Симптомов нет
Субклиническая симптоматика, 7–11	118	32,8	Предположительная предпороговая ПРД
Вероятная ПРД, 12–18	130	36,1	Предположительная ПРД легкой и средней тяжести
Тяжёлая ПРД, ≥ 19	34	9,4	Предположительная тяжёлая ПРД

Примечание: категории в столбце «Пороговое значение» сформированы на основе пороговых значений шкалы EPDS, применяемых в клинических рекомендациях и эпидемиологических исследованиях. Колонка «Интерпретация в исследовании» отражает рабочую классификацию уровней симптоматики, принятую в рамках данного исследования для целей анализа и моделирования.

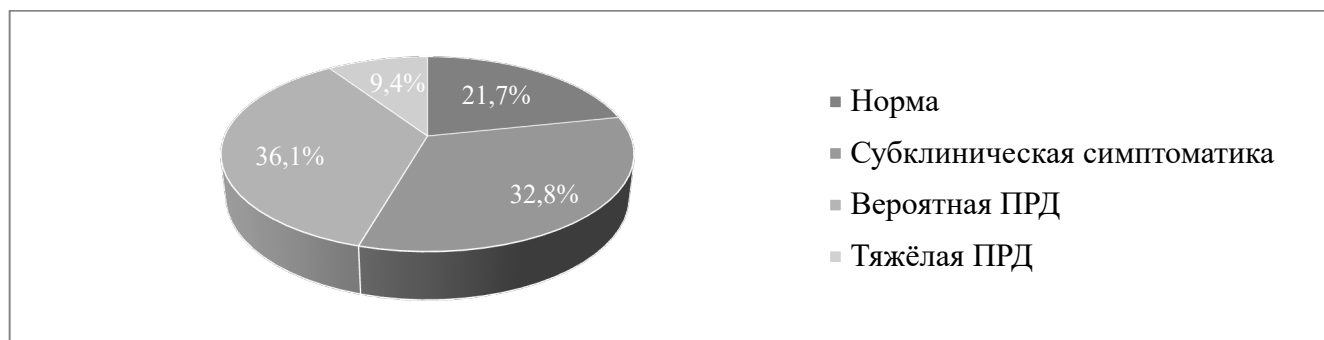


Рисунок 3.1 – Распределение уровней симптоматики по EPDS в выборке (доли, %)

3.2. Сопоставление диагностических порогов опросников

EPDS и PHQ-2+1, оценка оптимального порога и диагностической эффективности PHQ-2+1

Был выполнен анализ распределения итоговых баллов по результатам опроса матерей по двум опросникам: EPDS и PHQ-2+1. Это позволило оценить частоту различных уровней симптоматики и соотнести их с диагностическими пороговыми значениями EPDS, применяемыми в клинической и эпидемиологической практике. Кумулятивные доли респонденток, набравших значения выше установленных порогов по каждой шкале, представлены в Таблицах 3.2 и 3.3.

Таблица 3.2 – Доля респонденток, преодолевших пороговые значения по шкале PHQ-2+1

БАЛЛЫ	КОЛИЧЕСТВО, чел.	% ОТ ВЫБОРКИ
≥1	290	80,56%
≥2	230	63,89%
≥3	85	23,61%

Таблица 3.3 – Доля респонденток, преодолевших пороговые значения по шкале EPDS

БАЛЛЫ	КОЛИЧЕСТВО, чел.	% ОТ ВЫБОРКИ	ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ СТАДИЯ ПРД
≥7	282	78,33 %	Предпороговая и ПРД
≥8	262	72,8%	–
≥9	245	68,06%	–
≥10	213	59,17 %	–
≥12	164	45,6%	ПРД
≥13	143	39,72%	100% ПРД [27]
≥14	117	32,5%	–
≥15	89	24,72%	–
≥16	75	20,83%	–
≥17	56	15,56%	–
≥18	41	11,39%	–
≥19	34	9,44%	Тяжелая ПРД
≥20	24	6,67%	–
2 (вопрос 10)	55	15,28%	Суицидальный риск
3 (вопрос 10)	7	1,94%	

Таблицы 3.2 и 3.3 отражают долю респонденток, преодолевших пороговые значения по шкалам PHQ-2+1 и EPDS, что позволяет сопоставить частоту встречаемости различных уровней депрессивной симптоматики в выборке и соотнести их с диагностическими ориентирами, принятыми в клинической практике. Так, по шкале PHQ-2+1 при пороге ≥1 балла положительный результат был получен у 80,56 % женщин (290 чел.), что свидетельствует о высокой частоте наличия хотя бы минимальных признаков депрессивной симптоматики. При использовании порога ≥2 баллов доля респонденток сокращалась до 63,89 % (230 чел.), а при пороге ≥3 – до 23,61

% (85 чел.). Такое уменьшение доли при повышении порога ожидаемо и отражает градацию выраженности симптомов, где более высокие значения PHQ-2+1 ассоциируются с большей вероятностью клинически значимой депрессии.

Аналогичный подход был применён к шкале EPDS. Порог ≥ 7 баллов, отражающий наличие субклинической или клинической симптоматики по нашим данным, был достигнут у 78,33 % респонденток (282 чел.). Порог ≥ 10 баллов, используемый во многих эпидемиологических исследованиях, наблюдался у 59,17 % (213 чел.). Порог ≥ 12 баллов – наиболее распространённый критерий вероятной ПРД – был преодолен 45,6 % женщин (164 чел.). Доля респонденток с высокими значениями, отражающими выраженную симптоматику (EPDS ≥ 15), составила 24,72 % (89 чел.), а с симптоматикой тяжелой ПРД (EPDS ≥ 19) – 9,44 % (34 чел.). Кроме того, по 10-му вопросу EPDS, оценивающему суицидальные мысли, 15,28 % женщин (55 чел.) набрали 2 балла, а 1,94 % (7 чел.) – 3 балла, что свидетельствует о наличии суицидального риска у 17,22 % выборки. При этом 39,72 % участниц достигли или превысили диагностический порог в 13 баллов, что указывает на 100 % вероятность ПРД (по данным КР «Нормальный послеродовой период» [27]. Порог в 10 баллов (диагностический порог для большинства эпидемиологических исследований по распространенности ПРД) и 12 баллов (диагностические пороги, чаще всего используемые в эпидемиологических исследованиях по распространенности ПРД в РФ и за рубежом), распространённость составляет 59,17 % (213 чел.) и 45,6 % (164 чел.) соответственно.

Сравнение значений PHQ-2+1 с уровнями EPDS показывает последовательное снижение доли респонденток по мере повышения порога по обеим шкалам. Минимальный положительный результат PHQ-2+1 (≥ 1 балла) был отмечен у 80,56 % женщин, что сопоставимо с долей респонденток, преодолевших наиболее низкий клинический порог EPDS ≥ 7 баллов (78,33 %), отражающий наличие субклинической или клинической симптоматики. При повышении порога PHQ-2+1 до ≥ 2 баллов доля участниц составила 63,89 %, что находится в диапазоне долей, соответствующих EPDS ≥ 9 – ≥ 11 баллов (68,06–53,9 % соответственно), то есть промежуток между субклинической и вероятной клинической симптоматикой по EPDS. Для порога PHQ-2+1 ≥ 3 баллов доля женщин уменьшалась до 23,61 %, что близко к доле респонденток с EPDS ≥ 15 баллов (24,72 %), соответствующему уровню выраженной депрессивной симптоматики.

Гистограмма распределения показала, что значения по шкале PHQ-2+1 преимущественно варьировали в диапазоне от 0 до 2 баллов, причём наибольшая доля участниц (около 40 %) набрала 2 балла, что соответствует моде распределения. Значения 3 балла и выше встречались существенно реже (Рисунок 3.2).

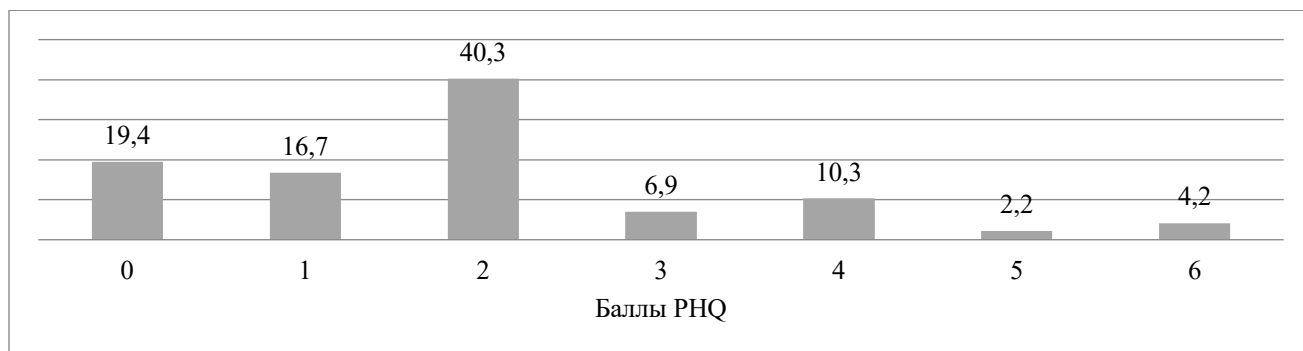


Рисунок 3.2 – Распределение баллов по значениям шкалы PHQ-2+1 (доли, %)

По шкале EPDS (Рисунок 3.3) наблюдалось постепенное увеличение частоты баллов от низких значений к средним, с пиком в диапазоне 9–14 баллов (около 6–9 % для каждого из значений). После этого частота постепенно снижалась вплоть до максимальных баллов шкалы. Такая форма распределения отражает преобладание умеренно выраженной и клинически значимой симптоматики в выборке, при наличии меньшей доли респонденток как с низкими, так и с очень высокими значениями EPDS.

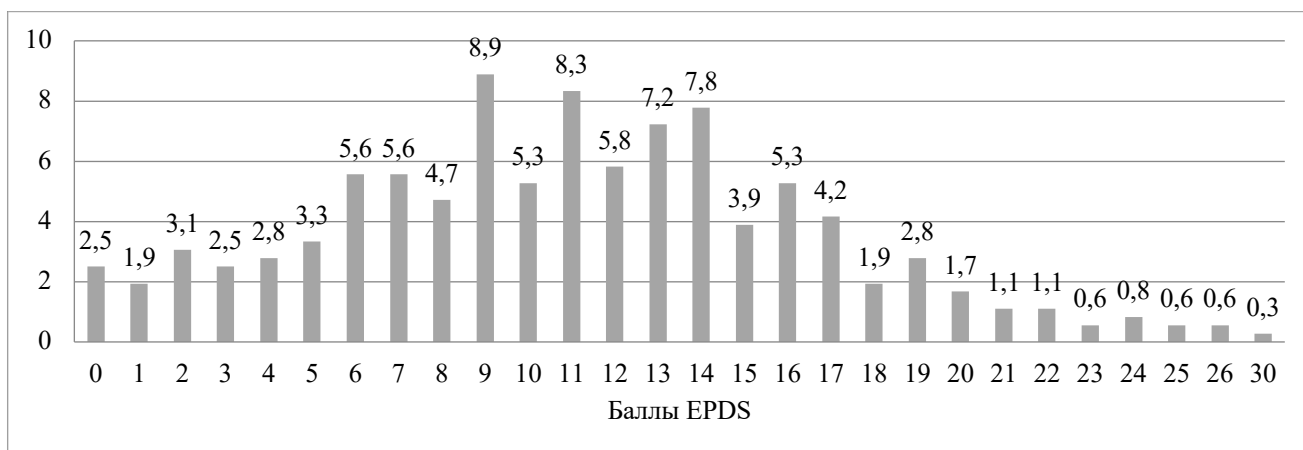


Рисунок 3.3 – Распределение баллов по значениям шкалы EPDS (доли, %)

Общее визуальное сравнение распределений баллов по шкалам PHQ-2+1 и EPDS показывает, что обе шкалы отражают широкий спектр выраженности эмоциональных нарушений, однако EPDS формирует более растянутое распределение с концентрацией значений в области умеренной и клинически значимой симптоматики, тогда как PHQ-2+1 имеет более компактный профиль с наибольшей частотой ответов на уровне 2 баллов. Эти особенности позволяют предположить, что инструменты по-разному дифференцируют уровни депрессивных проявлений, что требует проведения количественной оценки согласованности результатов.

Так, коэффициенты корреляции Пирсона и Спирмена показали наличие умеренно сильной положительной корреляции между результатами по шкале PHQ-2+1 и EPDS:

- коэффициент корреляции Пирсона составил $r = 0,65$ ($p < 0,001$),
- коэффициент корреляции Спирмена – $\rho = 0,63$ ($p < 0,001$).

Оба значения статистически значимы, что подтверждает наличие устойчивой взаимосвязи между показателями депрессивной симптоматики, полученными с помощью разных инструментов.

Для выбора наиболее подходящего порогового значения по шкале PHQ-2+1 был проведён пошаговый анализ диагностической эффективности всех возможных порогов (от 0 до максимального значения), с использованием EPDS ≥ 7 в качестве целевой переменной. Порог в 7 и более баллов был выбран для того, чтоб выявлять женщин не только с ПРД, но и с предпороговыми симптомами. Для каждого значения PHQ-2+1 рассчитывались чувствительность, специфичность, точность, F1-score и индекс Юдена, отражающий общий баланс между чувствительностью и специфичностью. Максимальное значение индекса Юдена было достигнуто при пороге PHQ-2+1 ≥ 2 , что позволяет считать его оптимальным с точки зрения диагностической информативности. На этом уровне шкала обеспечивала чувствительность – 0,77; специфичность – 0,83; точность – 0,94; F1-score – 0,85; индекс Юдена – 0,60.

Дальнейшее повышение порога сопровождалось ростом специфичности, но значительным снижением чувствительности и F1-показателя, что указывает на ухудшение способности шкалы PHQ-2+1 выявлять случаи ПРД при более высоких критериях. Напротив, при снижении порога возрастала чувствительность, но резко снижалась специфичность, приводя к увеличению ложноположительных результатов. Хотя при пороге PHQ-2+1 ≥ 1 доля выявленных случаев (80,56 %) была сопоставима с долей участниц, набравших ≥ 7 баллов по EPDS (78,33 %), такой порог сопровождался пониженной специфичностью и точностью. В связи с этим в качестве оптимального был выбран порог PHQ-2+1 ≥ 2 , он является наиболее сбалансированным и обоснованным критерием для использования в первичном скрининге ПРД, сопоставимом по эффективности с EPDS ≥ 7 . Результаты представлены в Таблице 3.4 и на Рисунке 3.4.

Таблица 3.4 – Диагностические характеристики шкалы PHQ-2+1 при различных порогах

ПОРОГ	ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ	СПЕЦИФИЧНОСТЬ	ТОЧНОСТЬ	F1-SCORE	ИНДЕКС ЮДЕНА
0	1	0	0,783	0,879	0
1	0,922	0,615	0,897	0,909	0,537
2	0,77	0,833	0,943	0,848	0,603
3	0,284	0,936	0,941	0,436	0,22
4	0,206	0,974	0,967	0,339	0,18
5	0,082	1	1	0,151	0,082
6	0,053	1	1	0,101	0,053

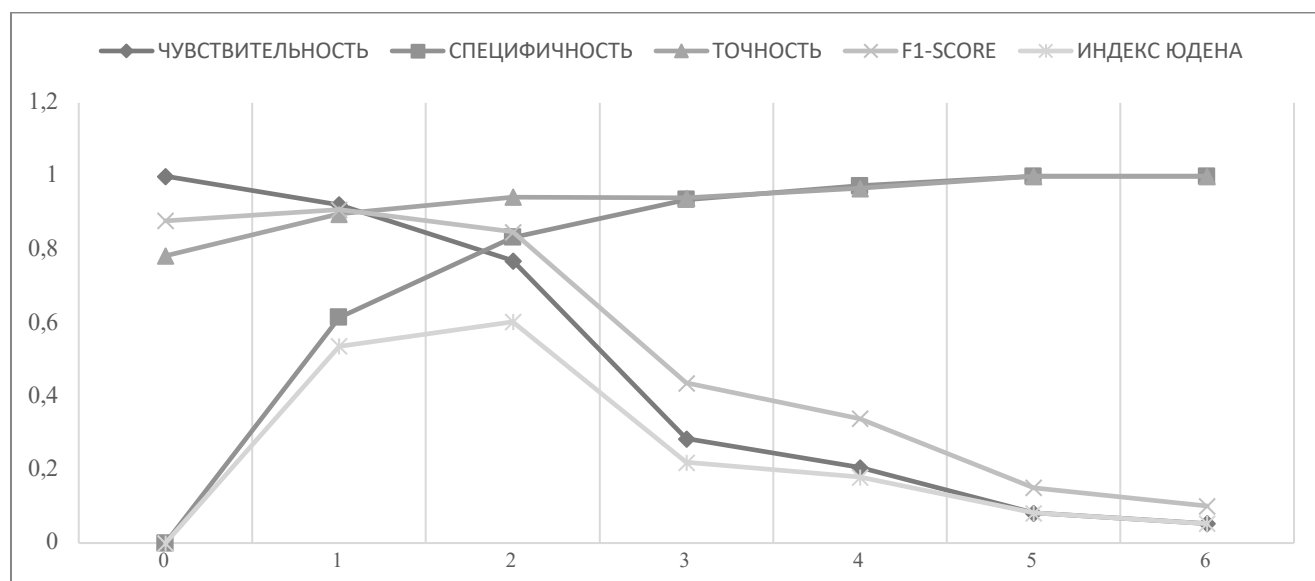


Рисунок 3.4 – Диагностические характеристики шкалы PHQ-2+1 при различных порогах

На основании сравнения диагностических метрик (чувствительность, специфичность, точность, F1-score и индекс Юдена) для всех возможных порогов PHQ-2+1 было установлено, что наибольший индекс Юдена (0,60) достигается при $PHQ \geq 2$, что позволяет рассматривать этот порог как оптимальный для скрининга.

В дальнейшем эффективность $PHQ-2+1 \geq 2$ была проанализирована в сравнении с различными уровнями выраженности симптоматики по шкале EPDS (≥ 7 , ≥ 10 , ≥ 12 , ≥ 13). Как показал анализ, при снижении EPDS-порога увеличивается чувствительность PHQ-2+1, а при его повышении – растёт специфичность, однако F1-score последовательно снижается. Наиболее сбалансированные значения наблюдались при $EPDS \geq 7$: чувствительность – 0,77; специфичность – 0,83; точность – 0,94; F1-score – 0,85. Эти результаты подтверждают, что $PHQ-2+1 \geq 2$ обеспечивает наилучший баланс чувствительности и специфичности при выявлении депрессии, определяемой по шкале EPDS, и может быть рекомендован в качестве простого и надёжного инструмента первичного скрининга. Результаты представлены в Таблице 3.5 и на Рисунке 3.5.

Таблица 3.5 – Изменение характеристик $PHQ-2+1 \geq 2$ в зависимости от порогового значения балльной оценки по EPDS

ПОРОГ	ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ	СПЕЦИФИЧНОСТЬ	ТОЧНОСТЬ	F1-SCORE	ИНДЕКС ЮДЕНА
EPDS ≥ 7	0,77	0,833	0,943	0,848	0,603
EPDS ≥ 10	0,831	0,639	0,77	0,799	0,47
EPDS ≥ 12	0,86	0,546	0,613	0,716	0,406
EPDS ≥ 13	0,895	0,53	0,557	0,686	0,425

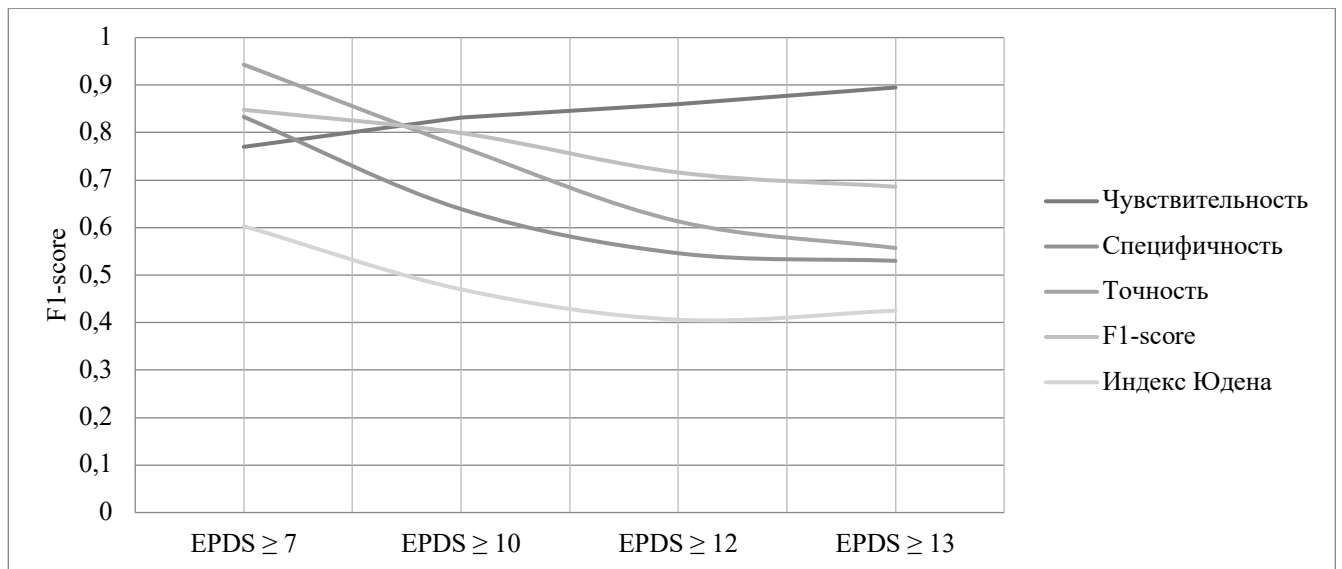


Рисунок 3.5 – Изменение характеристик при PHQ-2+1 ≥ 2 в зависимости от порогового значения балльной оценки по EPDS

В ходе ROC-анализа, отражающего диагностическую эффективность шкалы PHQ-2+1 по отношению к критерию EPDS ≥ 7 , была построена кривая истинно положительной и ложноположительной доли (TPR–FPR). Вычисленная площадь под кривой (англ. *Area Under the Curve*, AUC) составила 0,843, что свидетельствует о хорошей способности шкалы PHQ-2+1 различать женщин с депрессивной симптоматикой и без нее. Результаты представлены на Рисунке 3.6.

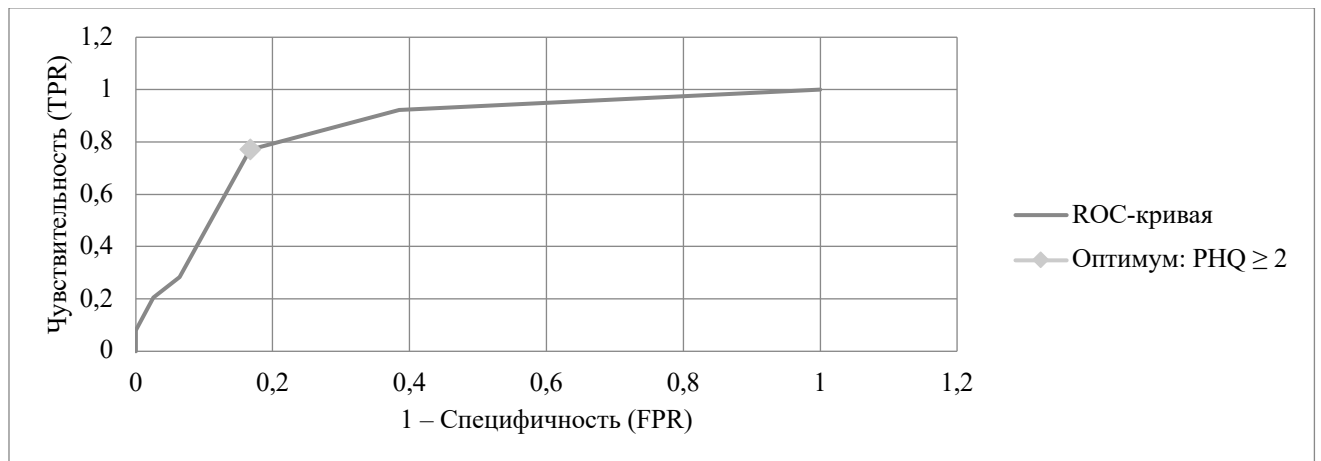


Рисунок 3.6 – ROC-кривая для шкалы PHQ-2+1 по отношению к критерию EPDS ≥ 7 с выделением оптимального порога PHQ-2+1 ≥ 2

Для оценки психометрических свойств использованных шкал была проанализирована их внутренняя согласованность. Коэффициент α Кронбаха для шкалы EPDS, включающей 10 пунктов, составил 0,845, что свидетельствует о высокой внутренней согласованности инструмента в исследуемой выборке. Для шкалы PHQ-2+1 коэффициент α Кронбаха составил

0,745, что также соответствует приемлемому уровню внутренней согласованности. Полученные значения позволяют заключить, что пункты обеих шкал в достаточной степени согласованно отражали общий измеряемый конструкт депрессивной симптоматики. Следует отметить, что показатели внутренней согласованности не могут служить прямым доказательством принадлежности респондентов к целевой группе, однако они являются важным косвенным признаком качества данных. Согласованность ответов по специализированным шкалам, отражающая ожидаемую психометрическую структуру инструментов, в сочетании с целевым рекрутированием и содержательной валидностью анкеты делает маловероятным массовое случайное участие посторонних лиц.

Степень согласия между шкалами PHQ-2+1 и EPDS была дополнительно оценена с использованием коэффициента Каппа (Cohen's κ), рассчитанного для бинаризованных переменных ($\text{PHQ-2+1} \geq 2$ и $\text{EPDS} \geq 7$). Полученное значение составило $\kappa = 0,486$, что свидетельствует об умеренном уровне согласия между инструментами. Это подтверждает, что шкала PHQ-2+1, несмотря на свою краткость, демонстрирует сопоставимое с EPDS распределение диагностических решений и может использоваться как надёжный инструмент первичного скрининга.

В настоящей работе использовалась модифицированная версия опросника PHQ-2+1, дополненная третьим вопросом: «Нужна ли вам помощь по этому поводу?» с вариантами ответов «да», «да, но не сегодня», «нет». Однако он не учитывался при расчётах ROC-анализа, а также при определении чувствительности, специфичности и других диагностических метрик. Порог $\text{PHQ-2+1} \geq 2$ аналогично порогу PHQ-2 был установлен на основе суммы баллов первых двух вопросов, что соответствует классической версии шкалы из двух вопросов и обеспечивает сопоставимость с ранее опубликованными данными. Третий вопрос носит навигационный характер и может использоваться для уточнения маршрутизации пациенток, не влияя на валидность диагностического инструмента.

Таким образом, проведённый анализ позволил определить оптимальное пороговое значение для шкалы PHQ-2+1 в условиях скрининга ПРД. Сопоставление результатов PHQ-2+1 и EPDS показало наличие статистически значимой положительной корреляции между инструментами и удовлетворительный уровень согласия диагностических решений. Наиболее информативным оказалось использование порога $\text{PHQ} \geq 2$, обеспечивающего оптимальный баланс чувствительности (0,77) и специфичности (0,83) при высоких показателях точности (0,94) и F1-score (0,85). Значение индекса Юдена (0,60) подтверждает адекватность выбранного уровня отсечения. ROC-анализ ($\text{AUC} = 0,843$) продемонстрировал хорошую способность шкалы PHQ-2+1 различать женщин с клинически значимой симптоматикой. Полученные результаты позволяют рекомендовать использование $\text{PHQ-2+1} \geq 2$ в качестве диагностического порога для

первичного скрининга ПРД, сопоставимого по эффективности с порогом EPDS ≥ 7 , что делает данный инструмент простым и надёжным решением для практического здравоохранения.

3.3. Некоторые факторы риска послеродовой депрессии по данным опроса матерей

Частота симптомов ПРД в нашей выборке различалась в зависимости от некоторых социально-демографических характеристик респонденток. В частности, обнаружена статистически значимая связь с уровнем образования ($\chi^2 = 18,36$; $p = 0,049$; $V = 0,16$). Так, 12 и более баллов по EPDS набрали 41,0 % женщин с высшим образованием (102 из 251 чел.), тогда как среди женщин со средним образованием этот показатель составил 75,0 % (9 из 12 чел.), среди женщин с неполным высшим образованием – 72,2 % (13 из 18 чел.), а среди женщин со средним специальным образованием – 51,4 % (38 из 74 чел.). Отсутствие симптомов ПРД, напротив, чаще отмечалось у женщин с высшим образованием – 25,1 % (63 из 251 чел.), тогда как среди женщин со средним специальным образованием это показатель составил 16,7 % (2 из 12 чел.), среди женщин со средним специальным – 13,5 % (10 из 74 чел.), а среди женщин с неполным высшим образованием – 11,1 % (2 из 18 чел.). Данные о распределении респонденток по уровню образования и результатам шкалы EPDS представлены в Таблице 3.6 и на Рисунке 3.7.

Таблица 3.6 – Наличие и выраженность симптомов послеродовой депрессии среди респонденток в зависимости от уровня образования

	ОБРАЗОВАНИЕ					
	Неполное среднее	Среднее	Среднее специальное	Неполное высшее	Высшее	Ученая степень
ВСЕГО, абс.	3	12	74	18	251	2
ВСЕГО, % от общего числа респонденток	0,8	3,3	20,6	5,0	69,7	0,6
ПРД есть, чел.	2	9	38	13	102	0
ПРД есть, %	66,7	75,0	51,4	72,2	40,6	0,0
Предпороговые симптомы чел.	1	1	26	3	86	1
Предпороговые симптомы %	33,3	8,3	35,1	16,7	34,3	50,0
ПРД нет, чел.	0	2	10	2	63	1
ПРД нет, %	0,0	16,7	13,5	11,1	25,1	50,0
χ^2 , p	$\chi^2 = 18,36$, $p = 0,049$, $V=0,16$					

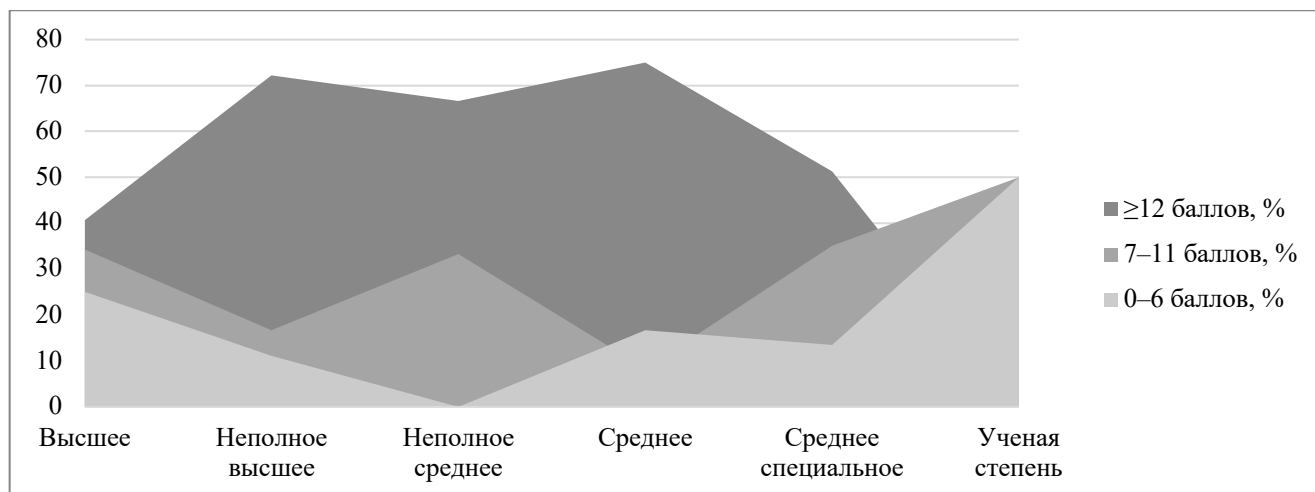


Рисунок 3.7 – Наличие и выраженность симптомов ПРД среди респонденток в зависимости от уровня образования

Материальное положение также оказалось статистически значимым фактором, ассоциированным с наличием симптомов ПРД ($\chi^2 = 28,76$; $p = 0,0014$; $V = 0,20$). Наибольшая доля женщин с выраженными симптомами была выявлена среди респонденток, оценивших своё материальное положение как «низкое» – 73,1 % (19 из 26 чел.) и «среднее» – 52,3 % (58 из 111 чел.). Несколько ниже данный показатель был среди женщин с высоким, очень низким и очень высоким уровнем материального положения и составил 41,9 % (57 из 136 чел.), 40,0 % (2 из 5 чел.) и 39,7 % (23 из 58 чел.) соответственно. Наименьшая доля женщин с выраженными симптомами ПРД отмечалась в группе со сверхвысоким уровнем материального положения – 20,8 % (5 из 24).

Предпороговая симптоматика также различалась между группами. Наибольшая её доля наблюдается среди женщин с очень низким и сверх высоким уровнем материального положения – 60 % (3 из 5 чел.) и 54,2 % (13 из 24 чел.) соответственно, в то время как в категориях «низкий» и «очень высокий» показатели составляет 19,2 % (5 из 26 чел.) и 25,0 % (15 из 58 чел.) В группах со средним и высоким доходом предпороговые проявления встречались у 34,2 % (38 из 111 чел.) и 32,4 % (44 из 136 чел.) соответственно.

Доля женщин без признаков ПРД также различается в зависимости от материального положения. Самые высокие значения отмечены в группе с очень высоким доходом – 34,5 % (20 из 58 чел.), а также среди женщин с высоким и сверхвысоким уровнем материального положения – 25,7 % (35 из 136 чел.) и 25,0 % (6 из 24 чел.). В других категориях показатели ниже: 13,5 % (15 из 111 чел.) при среднем уровне, 7,7 % (2 из 26 чел.) в группе «низкий» и вообще отсутствуют в группе с очень низким уровнем материального положения.

Обобщённые результаты распределения респонденток по уровню материального положения представлены в Таблице 3.7 и на Рисунке 3.8.

Таблица 3.7 – Наличие и выраженность симптомов ПРД среди респонденток в зависимости от занятости и материального уровня

	МАТЕРИАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ					
	Очень низкий	Низкий	Средний	Высокий	Очень высокий	Сверх-высокий
ВСЕГО, чел.	5	26	111	136	58	24
ВСЕГО, %	1,4	7,2	30,8	37,8	16,1	6,7
ПРД есть, чел.	2	19	58	57	23	5
ПРД есть, %	40,0	73,1	52,3	41,9	39,7	20,8
Предпороговые симптомы чел.	3	5	38	44	15	13
Предпороговые симптомы %	60,0	19,2	34,2	32,4	25,9	54,2
ПРД нет, чел.	0	2	15	35	20	6
ПРД нет, %	0	7,7	13,5	25,7	34,5	25,0
χ^2 , p	$\chi^2 = 28,76$, p = 0,0014, V=0,2					

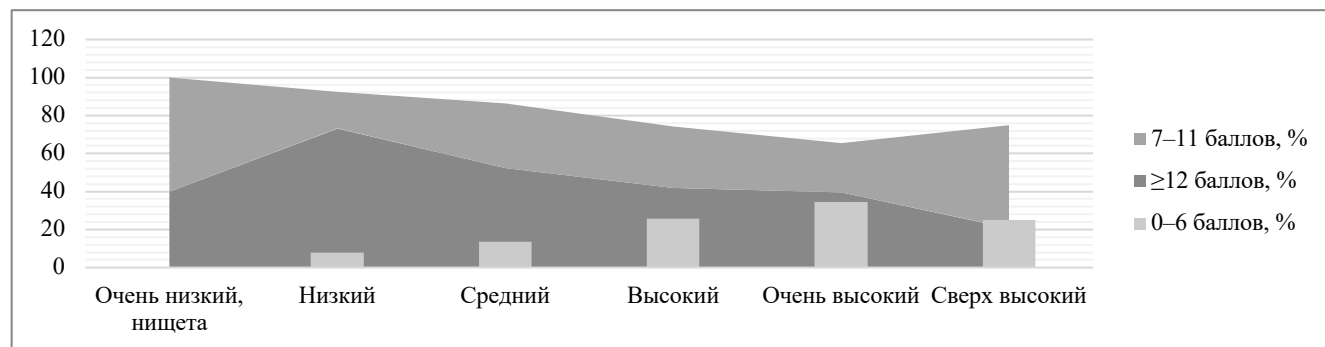


Рисунок 3.8 – Наличие и выраженность симптомов ПРД среди респонденток в зависимости от занятости и материального уровня

Также была проанализирована связь наличия симптомов ПРД с такими характеристиками как возраст, количество детей, социальный статус (в браке/гражданском союзе, в разводе, не в браке), занятость и место жительства (город с разной численностью населения, поселок городского типа, село). Статистически значимых зависимостей выявлено не было (Таблицы 3.7 и 3.8).

Тем не менее, имели место некоторые тенденции, которые подтверждаются и исследованиями других авторов. Так, симптомы, свидетельствующие о наличии ПРД, несколько чаще встречались у молодых матерей (различия не достигли статистической значимости; $\chi^2 = 4,31$, p = 0,83, V = 0,077): доля женщин с выраженной симптоматикой в возрасте 18–23 лет составляла 54,5 % (6 из 11 чел.), что выше, чем в других возрастных категориях. В возрастных группах 24–29 и 30–35 лет этот показатель составляет 47,4 % (54 из 114 чел.) и 46,1 % (71 из 154 чел.) соответственно, а в возрастах 36–41 и 42 года и старше – 41,2 % (28 из 68 чел.) и 38,5 % (5 из 13 чел.). Наиболее высокий уровень «психологического благополучия» наблюдается в группе

36–41 лет – 26,5 % (18 из 68 чел.), а также среди женщин 30-35 лет – 23,4 % (36 из 154 чел.) и меньше всего женщин без признаков ПРД среди матерей 18-23 года – всего 9,1 % (1 из 11 чел.). Таким образом, наименьшая выраженность симптомов характерна для женщин от 30-41 года, тогда как у молодых матерей почти в 90 % случаев выявлены хотя бы минимальные признаки ПРД.

Частота выявления симптомов ПРД у женщин с разным количеством детей принципиально не отличалась ($\chi^2 = 3,7$, $p = 0,447$, $V = 0,072$), хотя полное отсутствие симптомов несколько чаще отмечалось среди имеющих трех детей и больше – 29,7% (19 из 64 чел.), – по сравнению с имеющими 2 детей (18,4 %, 29 из 158 чел.).

Среди женщин, находящихся в браке или гражданском союзе, симптомы ПРД наблюдались в 44,8 % (151 из 337 чел.). Среди респонденток, не состоящих в браке или разведённых, доля женщин с признаками ПРД выше – 56,5 % (13 из 23 чел.). Среди замужних и состоящих в гражданском браке женщин ПРД отсутствует у 22,6 % (76 из 337 чел.), тогда как среди незамужних или разведённых – лишь у 8,7 % (2 из 23 чел.). Однако численность одиноких была существенно меньше, в результате различия также не достигли статистической значимости ($\chi^2 = 2,59$; $p = 0,27$; $V = 0,085$).

Статистически значимой зависимости между местом жительства и наличием или отсутствием симптомов ПРД в нашей выборке не выявлено ($\chi^2 = 8,83$; $p = 0,55$; $V = 0,11$), так же как зависимости от занятости женщин ($\chi^2 = 8,83$; $p = 0,55$; $V = 0,11$). Обобщенные результаты по распределению симптомов ПРД среди респонденток по возрасту, количеству детей и социальному статусу представлены в Таблице 3.8, по месту жительства и занятости – в Таблице 3.9.

Таблица 3.8 – Наличие и выраженность симптомов ПРД среди респонденток в зависимости от возраста, количества детей и социального статуса

	ВСЕГО	ВОЗРАСТ					КОЛ-ВО ДЕТЕЙ			СОЦСТАТУС	
		18-23	24-29	30-35	36-41	42+	1	2	3+	Замуж ем	Незам ужем
	абс	11	114	154	68	13	138	158	64	337	23
	%	3,1	31,7	42,8	18,9	3,6	38,3	43,9	17,8	93,6	6,4
ПРД есть, чел.	164	6	54	71	28	5	61	77	26	151	13
ПРД есть, %	45,6	54,5	47,4	46,1	41,2	38,5	44,2	48,7	40,6	44,8	56,5
ПредПРД, чел.	118	4	39	47	22	6	47	52	19	110	8
ПредПРД, %	32,8	36,4	34,2	30,5	32,4	46,2	34,1	32,9	29,7	32,6	34,8
ПРД нет, чел.	78	1	21	36	18	2	30	29	19	76	2
ПРД нет, %	21,7	9,1	18,4	23,4	26,5	15,4	21,7	18,4	29,7	22,6	8,7
χ^2 , p		$\chi^2 = 4,31$, $p = 0,83$, $V = 0,077$					$\chi^2 = 3,7$, $p = 0,447$, $V = 0,072$			$\chi^2 = 2,59$, $p = 0,27$, $V = 0,085$	

Таблица 3.9 – Наличие и выраженность симптомов ПРД среди респонденток в зависимости от места жительства и занятости

EPDS	МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА						ЗАНЯТОСТЬ				
	Город более 1 млн. чел.	Город 500 тыс.-1 млн. чел.	Город 100 – 500 тыс. чел.	Город менее 100 тыс. чел.	ПГТ	СНП	Работаю, полная занятость	Работаю, частичная занятость	Нахожусь в отпуске по уходу за ребенком	Занимаюсь ведением домашнего хозяйства	Безработная
	189	81	45	28	8	9	95	52	194	14	5
	52,5	22,5	12,5	7,8	2,2	2,5	26,4	14,4	53,9	3,9	1,4
ПРД есть, чел	93	38	16	9	4	4	46	27	82	5	4
ПРД есть, %	49,2	46,9	35,6	32,1	50,0	44,4	48,4	51,9	42,3	35,7	80,0
ПреПРД, чел.	53	30	19	10	3	3	23	16	72	6	1
ПреПРД, %	28,0	37,0	42,2	35,7	37,5	33,3	24,2	30,8	37,1	42,9	20,0
ПРД нет, чел.	43	13	10	9	1	2	26	9	40	3	0
ПРД нет, %	22,8	16,0	22,2	32,1	12,5	22,2	27,4	17,3	20,6	21,4	0
χ^2 , p	$\chi^2 = 8,83$, p = 0,55, V=0,11						$\chi^2 = 9,74$, p = 0,284, V=0,118				

Важно отметить, что полученные данные соотносятся с представлениями о полиэтиологической природе ПРД, изложенными в научных исследованиях (см. первую главу). Биологические механизмы (гормональные колебания, соматические и эндокринные нарушения, наследственная и эпигенетическая предрасположенность) формируют фон уязвимости [147, 149, 189, 245, 237, 325], тогда как социально-экономические и психологические факторы определяют, будет ли эта уязвимость реализована в клинически значимую симптоматику [253, 301, 349]. В нашем исследовании наибольший вклад продемонстрировали именно социально-экономические детерминанты – низкий доход и менее благоприятный образовательный статус, что согласуется с данными о значимости социальных условий, дефицита поддержки и хронического стресса в формировании ПРД.

В то же время целый ряд факторов, описанных в литературе как значимые (домашнее насилие, употребление психоактивных веществ, курение, особенности питания, в том числе биомаркеры нутритивного статуса) [146, 201, 232, 247, 297], в нашем опросе целенаправленно не оценивались. Это важно учитывать при интерпретации результатов: выявленные нами связи отражают преимущественно социально-демографический профиль участниц, а не всю совокупность биопсихосоциальных факторов, влияющих на риск ПРД.

Таким образом, проведенное исследование показало высокую частоту симптомов ПРД среди обследованных матерей и позволило выявить связь их выраженности с рядом социально-экономических характеристик, прежде всего с уровнем материального положения. Полученные результаты в целом согласуются с литературными данными и подтверждают важность

социально-экономических факторов в формировании риска ПРД. В то же время для более полной интерпретации выявленных закономерностей и оценки их воспроизводимости на более широких выборках был проведён систематический обзор и метаанализ исследований, посвящённых распространённости ПРД в России. Это позволило рассмотреть собственные результаты в контексте отечественных и зарубежных данных и определить их место в общей структуре современных представлений о ПРД.

3.4. Распространённость послеродовой депрессии в Российской Федерации: систематический обзор и метаанализ

В систематический обзор и метаанализ было включено 51 исследование, посвящённое распространённости ПРД в различных регионах России. Из них 35 исследований имели поперечный (*cross-sectional*) дизайн, 14 представляли собой когортные проспективные наблюдения, и 2 – исследования по типу «случай – контроль». В пяти включённых работах использовались онлайн-опросы, в которых приняло участие в общей сложности 5678 респонденток. Эти исследования оказались наибольшими по численности выборки среди всех включённых работ. Наибольшее количество публикаций ($n = 16$) было выполнено в Санкт-Петербурге – в них приняли участие 3081 женщина. Четыре исследования были проведены в Волгограде (всего 321 участница), три – в Москве и Московской области (575 респонденток), по два – в Екатеринбурге, Перми, Тамбове и Чебоксарах (всего 896 женщин). Ещё 15 работ охватывали выборки из других субъектов Российской Федерации, суммарно включив 2428 респонденток. Таким образом, включённые исследования охватывали широкий круг регионов Российской Федерации, однако распределение публикаций и объёмов выборок между ними было неравномерным. Наиболее значительный вклад в совокупную доказательную базу внесли исследования, выполненные в крупных научно-медицинских центрах, прежде всего в Санкт-Петербурге. Результаты представлены в Таблице 3.10.

Следует отметить, что значительное число исследований, в том числе с крупными выборками, было выполнено двумя научными коллективами: под руководством О.В. Рязановой (5 работ) [7, 47, 85, 86, 300] и В.А. Якуповой (3 работы) [107, 349, 350]. В совокупности эти восемь исследований включили 6537 женщин, что составляет более половины всей совокупной выборки (из 12 802 респонденток). Количество опрошенных женщин в исследованиях варьировало от 24 [87] до 2579 [107], возраст от 18 до 45 лет (средний возраст ≈ 29 лет). Характеристика всех включённых в обзор исследований представлена в Таблице Д.1 в приложении Д.

Таблица 3.10 – Место проведения исследований, включенных в систематический обзор, и количество участников

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	КОЛИЧЕСТВО ИССЛЕДОВАНИЙ	СУММАРНОЕ КОЛИЧЕСТВО УЧАСТНИКОВ, ЧЕЛ.
Онлайн опросы с участием респондентов из разных субъектов РФ	5	5 678
Санкт-Петербург	16	3 081
Волгоград	4	231
Москва и МО	3	575
Екатеринбург	2	91
Пермь	2	278
Тамбов	2	93
Чебоксары	2	308
Пенза	1	882
Тула	1	80
Краснодар	1	50
Челябинск	1	107
Смоленск	1	53
Симферополь	1	246
Воронеж	1	234
Курск	1	30
Владикавказ	1	120
Кирова	1	176
Саратовская обл.	1	92
Республика Татарстан	1	119
Ростов-на-Дону	1	79
Республика Ингушетия	1	100
Ярославль	1	166
ВСЕГО	51	12 869

Среди 35 поперечных исследований 24 характеризовались высоким методологическим качеством, 7 – средним, и 4 – низким. Среди когортных исследований 9 соответствовали высокому уровню методологического качества, а 5 – среднему. Из двух исследований типа «случай – контроль» одно было высокого, а другое – среднего методологического качества (Приложение Д, Таблица Д.2) и приложение Д, Таблица Д.3. В целом результаты оценки свидетельствовали о преобладании исследований высокого и среднего методологического качества, тогда как доля работ с низким качеством была относительно небольшой и ограничивалась только частью поперечных исследований.

Размер выборок во включённых исследованиях, использованные веса с учётом гетерогенности, распространенность ПРД с доверительными интервалами приведены в Таблице 3.11. Полная характеристика всех исследований представлена в Таблице Д.5 в приложении Д.

Таблица 3.11 – Характеристики исследований, включенных в систематический обзор

АВТОР, ГОД	РАЗМЕР ВЫБОР КИ	ВЕС ИССЛЕД ОВАНИЯ	РАСПРОСТ РАНЕННОС ТЬ ПРД, %	ДИ НИЖНЯЯ ГРАНИЦА, %	ДИ ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА, %
Скобло Г.В., 2004 [87]	395	21,59	11,6	8,44	14,76
Прибытков А.А., 2008 [53]	882	21,66	11,8	9,67	13,93
Татарова Н.А. и др., 2009 [89]	36	19,17	32,6	17,29	47,91
Татарова Н.А. и др., 2009 [89]	36	18,88	52,7	36,39	69,01
Мазо Г.Э., Шаманина М.В., 2010 [36]	13	17,14	20	0,00	41,74
Мазо Г.Э., Шаманина М.В., 2010 [36]	20	17,89	27	7,54	46,46
Мазо Г.Э., Шаманина М.В., 2010 [36]	20	18,40	21	3,15	38,85
Ивашиненко Д.М., Кулыгина С.В., 2011[22]	80	20,90	17,5	9,17	25,83
Голенков А.В. и др., 2016 [8]	360	21,47	25	20,53	29,47
Большакова Н.Ю. и др., 2017 [6]	53	20,29	78	66,85	89,15
Горьковская И.А. и др., 2017 [57]	111	21,56	3,7	0,19	7,21
Горьковская И.А. и др., 2017 [57]	58	20,78	14	5,07	22,93
Горьковская И.А. и др., 2017 [57]	48	21,01	8,1	0,38	15,82
Коргожа М.А., 2017 [31]	240	21,45	16,3	11,63	20,97
Мальгина Г.Б. и др., 2017 [37]	23	19,38	15	0,41	29,59
Мальгина Г.Б. и др., 2017 [37]	23	19,68	87,5	73,98	100,00
Рязанова О.В. и др., 2017 [7]	108	21,51	5	0,89	9,11
Рязанова О.В. и др., 2017 [7]	101	21,37	8,3	2,92	13,68
Рязанова О.В. и др., 2017 [47]	159	21,54	6,5	2,67	10,33
Резник В.А. и др., 2017 [59]	384	21,65	5,3	3,06	7,54
Башинский А.Е. и др., 2018 [4]	25	18,09	36	17,18	54,82
Башинский А.Е. и др., 2018 [4]	25	17,89	56	36,54	75,46
Гусева Н.А., Голук М.Н., 2018 [11]	322	21,36	49,1	43,64	54,56
Ивасенко В.А. и др., 2018 [21]	107	20,80	68	59,16	76,84
Никитенкова В.Е., Комалова А.И., 2018 [13]	53	21,11	7,5	0,41	14,59
Рязанова О.В. и др., 2018 [86]	638	21,66	7,36	5,33	9,39
Рязанова О.В. и др., 2018 [86]	342	21,52	16,8	12,84	20,76
Фоменко А.Н. и др., 2018 [101]	78	20,32	55,1	44,06	66,14
Фоменко А.Н. и др., 2018 [101]	35	18,97	62,9	46,90	78,90
Riazanova O.V. et al., 2018 [300]	107	21,52	4,67	0,67	8,67
Riazanova O.V. et al., 2018 [300]	103	21,43	6,79	1,93	11,65
Бабич Т.Ю. и др., 2018 [49]	123	21,00	25,9	18,16	33,64
Киселева К.Д. и др., 2019 [24]	32	18,95	31,3	15,23	47,37
Киселева К.Д. и др., 2019 [24]	33	18,84	36,4	19,98	52,82
Кожадей Е.В., Гречаный С.В., 2019 [30]	27	18,29	37	18,79	55,21
Охотина Т.Н. и др., 2019 [13]	54	20,30	22,2	11,12	33,28
Шакиров Р.Т. и др., 2019 [104]	45	19,94	24,4	11,85	36,95
Заячникова Т.Е., Лавренюк И.И., 2020 [19]	67	20,41	73	62,37	83,63
Рязанова О.В. и др., 2020 [85]	154	21,60	3,9	0,84	6,96
Рязанова О.В. и др., 2020 [85]	142	21,52	6,34	2,33	10,35
Цыбина А.Д. и др., 2020 [103]	30	19,25	23	7,94	38,06
Иванова О.А., Квасова Л.К., 2021 [20]	234	21,48	86,5	82,12	90,88
Макарова М.А. и др., 2021 [51]	150	21,40	11,3	6,23	16,37
Сабыржанова К.А. и др., 2021 [52]	24	18,88	21	4,70	37,30
Сабыржанова К.А. и др., 2021 [52]	13	15,56	61,5	35,05	87,95
Муштенко Н.С., 2021 [45]	30	18,61	64	46,82	81,18
Тетерлева М.В. и др., 2021 [91]	100	20,77	30	21,02	38,98
Yakupova V.A. et al, 2021 [350]	190	21,17	34,3	27,55	41,05
Аветисян Р.Р. и др., 2022 [1]	120	20,79	44	35,12	52,88
Богданова Н.В., Дьякова Е.А., 2022 [5]	178	21,14	34	27,04	40,96

Продолжение Таблицы 3.11

Круглова А.А., Бедина В.Ю., 2022 [33]	20	17,12	55	33,20	76,80
Медведева В.С. и др., 2022 [39]	176	21,16	69	62,17	75,83
Паршин А.В. и др., 2022 [58]	92	20,53	42,4	32,30	52,50
Сваридзе Д.С., Болучевская В.В., 2022 [87]	27	18,18	41	22,45	59,55
Сваридзе Д.С., Болучевская В.В., 2022 [87]	27	18,18	59	40,45	77,55
Yakupova V.A. et al, 2022 [341]	2256	21,66	45,7	43,64	47,76
Антипова Е.И., 2023 [3]	119	21,24	85,8	79,53	92,07
Федака А.А., Авксентьева М.В., 2023 [96]	360	21,40	45	39,86	50,14
Якупова В.А. и др., 2023 [107]	2579	21,67	37,4	35,53	39,27
Suarez A. et al., 2023 [321]	293	21,36	34,1	28,67	39,53
Андрущенко Н.В. и др., 2024 [92]	77	20,50	29,9	19,67	40,13
Голык Е.И., Дунаев Е.И., 2024 [9]	36	19,09	35	19,42	50,58
Голык Е.И., Дунаев Е.И., 2024 [9]	25	17,84	50	30,40	69,60
Голык Е.И., Дунаев Е.И., 2024 [9]	18	17,47	72	51,26	92,74
Демидова В.А. и др., 2024 [12]	45	19,91	25	12,35	37,65
Картоева Т.И. и др., 2024 [23]	100	20,77	70	61,02	78,98
Хабовская С.В. и др., 2024 [102]	166	21,03	45,2	37,63	52,77

Опросники, использованные для выявления ПРД, и диагностические пороги

В 35 работах из 51 (68,6 %) выявление признаков ПРД проводилось с использованием шкалы EPDS, самым распространенным методом выявления ПРД в исследованиях, характеризующимся высоким уровнем корреляции с другими шкалами [33].

Среди других применяемых опросников были:

- шкала депрессии Бека (англ. *Beck Depression Inventory*, BDI) – применялась в 7 исследованиях;
- госпитальная шкала тревоги и депрессии (англ. *Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS) – 5 исследований;
- шкала Гамильтона для оценки депрессии (англ. *Hamilton Rating Scale for Depression*, HDRS) – 5 исследований;
- клинический опросник Яхина и Менделевича (КОЯМ) – 4 исследования;
- шкала самооценки депрессии Цунга (англ. *Zung Self-Rating Depression Scale*, SDS) – 4 исследования;
- шкала Монтгомери-Асберг для оценки депрессии (англ. *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale*, MADRS) – 3 исследования;
- опросник здоровья пациента – 9 (англ. *Patient Health Questionnaire-9*, PHQ-9) – 2 исследования;
- опросник здоровья пациента – 2 (англ. *Patient Health Questionnaire-2*, PHQ-2+1) – одно исследование.

Пороговые значения баллов, свидетельствующих о наличии ПРД, различаются в разных исследованиях (от 8 до 13 баллов), что влияет на различия в результатах: распространенность

ПРД при разных пороговых значениях варьирует от 3,7 % [57] до 68 % [101]. HADS часто используется в сочетании с другими шкалами. Распространенность ПРД, выявленная при ее использовании, обычно ниже, чем по EPDS, около 10–30 %. BDI используется реже, частота ПРД по ней также существенно различается: от 4 до 74 % [6]. Выраженные депрессивные состояния регистрируются в 20–25 % случаев.

Важно отметить, что для разных стран и культурных групп приняты разные значения пороговых баллов по EPDS. Так, для французских и шведских женщин этот уровень составил 11-12 баллов, для китайок – 9-10, японских женщин – 9, женщин арабской культуры – 11-12, женщин Вьетнама и Австралии – 14-15 баллов [258]. Для русскоязычных женщин большинством исследователей используются следующие оценки: отчетливые депрессивные состояния (или вероятность депрессии равна 100%) – равны или более 12 баллов, возможная послеродовая депрессии (или вероятность депрессии равна 86%) – 7-11 баллов [11]. В клинических рекомендациях «Нормальный послеродовой период» указано, что баллы 8–9 и выше свидетельствуют о высокой вероятности ПРД (примерно в 86% случаев), а показатели выше 13 баллов свидетельствуют о практически 100% вероятности.

Таким образом, различия в используемых шкалах и пороговых значениях существенно затрудняют прямое сопоставление результатов отдельных исследований. В ряде случаев выявляемая распространенность ПРД определяется не только особенностями обследуемой популяции, но и выбранным диагностическим инструментом, а также критерием отнесения женщины к группе с вероятной депрессией. Это необходимо учитывать при интерпретации полученных данных, поскольку методологическая неоднородность может вносить значимый вклад в вариабельность оценок распространенности ПРД.

Пороговые значения шкалы EPDS, которое исследователи включенных в настоящий систематический обзор работ рассматривали как свидетельство наличия ПРД, различались: в десяти работах за пороговый уровень были приняты 12 и более баллов, в одиннадцати работах – 10 и более, две работы использовали уровень в 8, четыре – в 9 баллов, одна – в 13 и в остальных шести работах не было приведено данных о пороговых значениях. Таким образом, вариабельность используемых пороговых значений отражает отсутствие единого методического подхода к оценке ПРД. Дальнейшая унификация критериев интерпретации результатов представляется важной задачей, поскольку она способствовала бы повышению сопоставимости исследований и более корректной оценке распространённости ПРД. Сводные данные представлены в Таблице 3.12.

Таблица 3.12 – Распространенность ПРД (минимальная и максимальная), выявленная при использовании различных опросников и различных пороговых значений балльных оценок (все исследования)

ОПРОСНИК	ПОРОГОВЫЙ БАЛЛ	КОЛИЧЕСТВО ИССЛЕДОВАНИЙ	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРД, МИН, %	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРД, МАКС, %
EPDS	≥ 13	4	8,0	41,0
EPDS	≥ 12	9	8,9	62,9
EPDS	≥ 11	1	35,0	35,0
EPDS	≥ 10	8	7,4	73,0
EPDS	≥ 9	4	3,7	69,0
EPDS	≥ 8	3	16,7	54,0
EPDS	Нет данных	8	2,3	65,0
BDI	≥ 20	1	10,9	10,9
BDI	≥ 16	1	4,0	4,0
BDI	≥ 10	1	74,0	74,0
BDI	Нет данных	6	6,3,0	65,0
PHQ-9	≥ 15	2	0,0	4,0
PHQ-9	≥ 10	1	0,0	0,0
PHQ-9	≥ 5	1	33,3	33,3
SDS	≥ 50	1	12,5	12,5
SDS	Нет данных	3	11,6	34,0

Примечание: EPDS – Edinburgh Postnatal Depression Scale, Эдинбургская шкала послеродовой депрессии; BDI – Beck Depression Inventory, шкала депрессии Бека; MADRS *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale*, шкала депрессии Монтгомери – Асберг; PHQ-9 – *Patient Health Questionnaire-9*, Шкала для оценки тяжести депрессии (9 пунктов); SDS – *Zung Self-Rating Depression Scale*, Шкала самооценки депрессии Цунга.

Наиболее распространённый порог в российских исследованиях за все года наблюдения – 12 баллов: именно он заявлен, к примеру, в исследованиях А.В. Голенкова и соавторов (17,5 % женщин с депрессией) [8], А.Н. Фоменко и соавторов (от 55,0 до 76,9 % в разных выборках) [98] и Т.Ю. Бабич и соавторов (8,9,0–25,9 % в группах с различными акушерскими ситуациями) [49]. Более высокий порог ≥ 13 баллов встречается реже (четыре работы) и даёт более узкий, но высокоспецифичный диапазон частоты – от 8,0 до 41,0 %. При снижении порога до 10 баллов гетерогенность резко возрастает: минимальная встречаемость, зафиксированная спустя шесть недель после родов, равна 7,4 %, а максимальная (при онлайн опросе через две недели после родов) достигает 73,0 %. Ещё ниже, на пороге ≥ 8 баллов, частота колеблется от 16,7 % до 54,0 %. Таким образом, чем мягче критерий, тем шире размах результатов и выше риск переоценки истинной распространённости.

При использовании BDI встречаются три фиксированных порога. При ≥ 10 баллов зарегистрированы экстремально высокие 74,0 % случаев депрессии, тогда как при ≥ 16 частота падает до 4,0 %; при ≥ 20 она колеблется около 11,0 %.

Высокий порог в ≥ 15 баллов по PHQ-9 почти не выявляет депрессии (0–4 %), порог ≥ 10 даёт до 11,0 %, тогда как уже при ≥ 5 симптомы фиксируются у трети обследованных матерей. HADS, HDRS/HRSD и SDS применялись в единичных работах; например, HADS ≥ 12 показал 57,0 % случаев, что отражает смешанное тревожно-депрессивное содержание шкалы. В 18,0 % публикаций авторы вовсе не указывали порог, ограничиваясь формулами «есть/нет депрессия» (например, так представлены данные из работы О.В. Рязановой с соавторами 2017 г. с четырьмя временными точками без указания баллов [7])

Таким образом, порог ≥ 12 баллов по шкале EPDS даёт наименьшее сочетание гетерогенности и достаточной чувствительности и может быть выбран в качестве основного. Строгий уровень ≥ 13 полезен для оценки «клинически определённых» случаев, но приведёт к занижению общей частоты. Для альтернативных опросников данных пока недостаточно, чтобы строить устойчивые количественные выводы, поэтому они скорее подходят для качественного обзора и проверки чувствительности итоговых оценок.

Наиболее распространённый порог в российских исследованиях за последние 5 лет – ≥ 10 баллов. Проведенный подгрупповой анализ по типу опросника и использованному порогу для исследований после 2020 года выявил, что по EPDS с порогом ≥ 10 баллов (самый часто используемый инструмент) распространённость ПРД составила 49,6 % (95% ДИ: 39,3–59,7 %). Использование других инструментов, таких как BDI, MADRS, SDS и PHQ-9, показало более широкий разброс значений, а в некоторых случаях – низкую стабильность оценок из-за малого количества исследований. Результаты представлены в Таблице 3.13.

Таблица охватывает 24 российские публикации 2020–2024 гг. и показывает, как различаются распространённость выявленной ПРД в зависимости от опросника и выбранного порога. Наиболее распространён инструмент EPDS: он использовался в 19 работах, причём авторы применяли шесть разных пороговых значений. Пороговый критерий ≥ 13 баллов использовался только в одном исследовании, поэтому вычислить среднее значение не представилось возможным. Порог ≥ 12 баллов встречается в двух работах, при его применении фиксируется самая высокая средняя распространённость – 65,8 %, но широкий доверительный интервал (от 25,1 до 100 %) свидетельствует о сильной разнородности выборок. При пороге ≥ 11 баллов (четыре исследования) средняя частота ПРД составляет 45,7 % с доверительным интервалом 30,4–61,0 %. Чаще всего применялся порог ≥ 10 баллов (семь работ); он даёт средний уровень распространённости в 49,6 % и наиболее узкий доверительный интервал среди всех порогов – 39,3–59,7 %. Порог ≥ 9 баллов применяли лишь в двух исследованиях, что приводит к средней распространённости также в 49,6% и довольно широкому интервалу 11,4–87,8 %. Кроме того, в двух работах, где применяли EPDS, авторы не привели пороговое значение в баллах, но

сообщили о распространенности ПРД в 47,1 % с доверительным интервалом в 3,6–91,8 %, что делает эти данные трудно сопоставимыми с остальными.

Альтернативные опросники встречаются реже. Шкала Бека представлена двумя исследованиями без указания порога; средняя частота ПРД составила 36,2 % (95% ДИ: 23,9–48,4 %). По PHQ-9 есть две публикации с порогом ≥ 5 баллов; полученная распространённость 39,9 % сопровождается очень широким доверительным интервалом 13–79,5 %, что отражает различия методик. Шкала SDS фигурирует в одной работе без указания порога и без вычисленной доли случаев, поэтому служит лишь описательным ориентиром.

Таблица 3.13 – Распространенность ПРД (минимальная и максимальная), выявленная при использовании различных опросников и различных пороговых значений балльных оценок (исследования, опубликованные с 2020 г. и позже)

ОПРОСНИК	ПОРОГОВЫЙ БАЛЛ	КОЛИЧЕСТВО ИССЛЕДОВАНИЙ	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРД, %	ДИ НИЖНЯЯ ГРАНИЦА, %*	ДИ ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА, %
EPDS	≥ 13	1	–	–	–
EPDS	≥ 12	2	65,8	25,1	100,0
EPDS	≥ 11	4	45,7	30,4	61,0
EPDS	≥ 10	7	49,6	39,3	59,7
EPDS	≥ 9	2	49,6	11,4	87,8
EPDS	≥ 8	1	–	–	–
EPDS	Нет данных	2	47,1	3,6	91,8
BDI	Нет данных	2	36,2	23,9	48,4
PHQ-9	≥ 5	2	39,9	13,0	79,5
SDS	Нет данных	1	–	–	–

Примечания: EPDS – Edinburgh Postnatal Depression Scale, Эдинбургская шкала послеродовой депрессии; BDI – Beck Depression Inventory, шкала депрессии Бека; PHQ-9 – Patient Health Questionnaire-9, Шкала для оценки тяжести депрессии (9 пунктов); SDS – Zung Self-Rating Depression Scale, Шкала самооценки депрессии Цунга.
* ДИ рассчитан автором диссертационной работы по модели случайных эффектов (DerSimonian-Laird)

Распространенность ПРД, систематический обзор и метаанализ

Распространённость ПРД при обобщении всех включённых в обзор исследований составила 34,47 % (95 % ДИ: 29,14–39,81 %). Индивидуальные оценки варьировали в широком диапазоне – от 3,9 до 86,5 %, что свидетельствует о выраженной межисследовательской вариативности. Медианное значение распространенности ПРД составило 34,5 %, первый квартиль (Q1) – 17,3 %, третий квартиль (Q3) – 53,8 %, а межквартильный размах – 36,5 %. Несмотря на то, что основная часть значений сосредоточена в интервале от 20,0 % до 45 %, встречаются как существенно более низкие, так и высокие оценки. Наличие статистически значимой гетерогенности между исследованиями также подтверждается показателем $\tau^2 = 0,046$ (Рисунок 3.9).

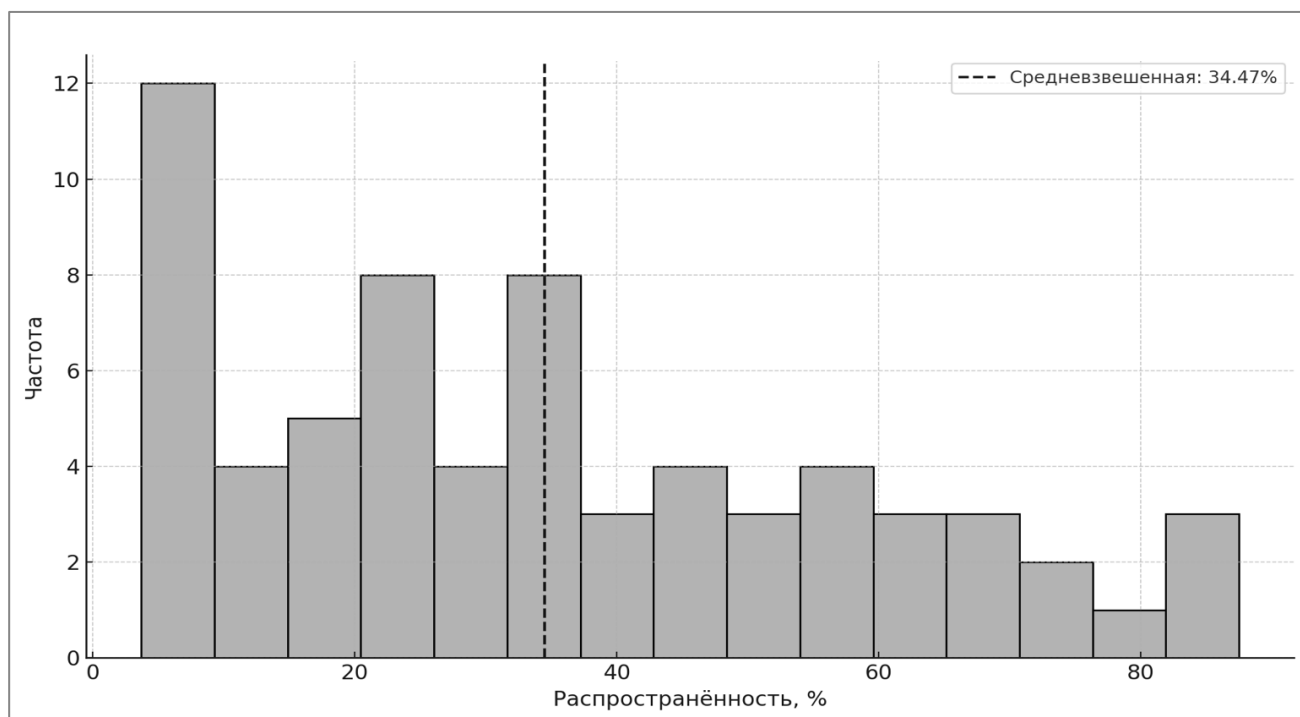


Рисунок 3.9 – Гистограмма распространённости ПРД, выявленной в отдельных исследованиях

Результаты метарегрессии показали статистически значимую положительную ассоциацию между годом публикации работы и выявленной в ней распространённостью ПРД (коэффициент регрессии $+0,019$, $p = 0,004$, что указывает на «рост» распространённости примерно на $1,9\%$ в год (Рисунок 3.10).

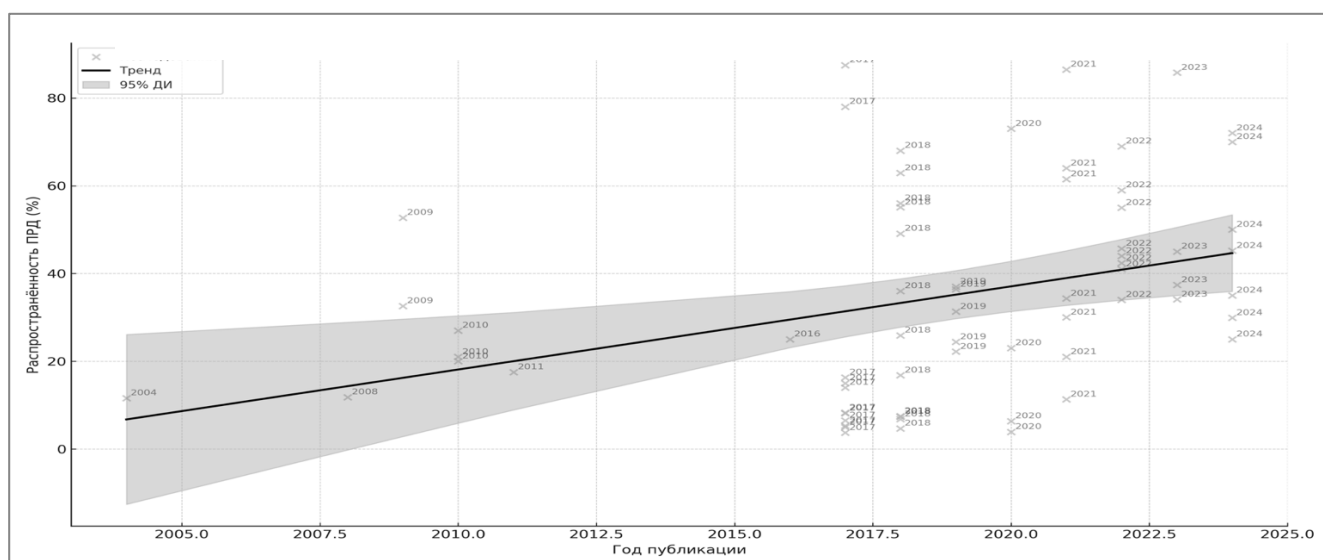


Рисунок 3.10 – Результаты метарегрессии: данные о распространённости послеродовой депрессии в зависимости от года публикации

Визуализация результатов метарегрессии указывает на устойчивый рост распространённости ПРД начиная с начала 2000-х гг., с особенно выраженным увеличением в

последние 5 лет. В связи с этим было принято решение провести более детальный анализ исследований с 2020 г. и позже.

Обобщенная распространённость ПРД в исследованиях, проведенных после 2020 г. составила 43,5 % (95 % ДИ: 35,5–51,5 %), что выше, чем при включении в анализ исследований, выполненных в более ранний период. Однако в отдельных исследованиях распространённость ПРД по-прежнему варьировала в широком диапазоне – от 3,9 % до 86,5 % (Рисунок 3.11). Медианная величина распространённости составила 43,2 %, первый квартиль (Q1) – 31,0 %, третий квартиль (Q3) – 60,9 %, а межквартильный размах – 29,9 %. Эти данные свидетельствуют о существенной межисследовательской вариативности и подчёркивают необходимость дальнейшей стратификации и поиска потенциальных источников гетерогенности.

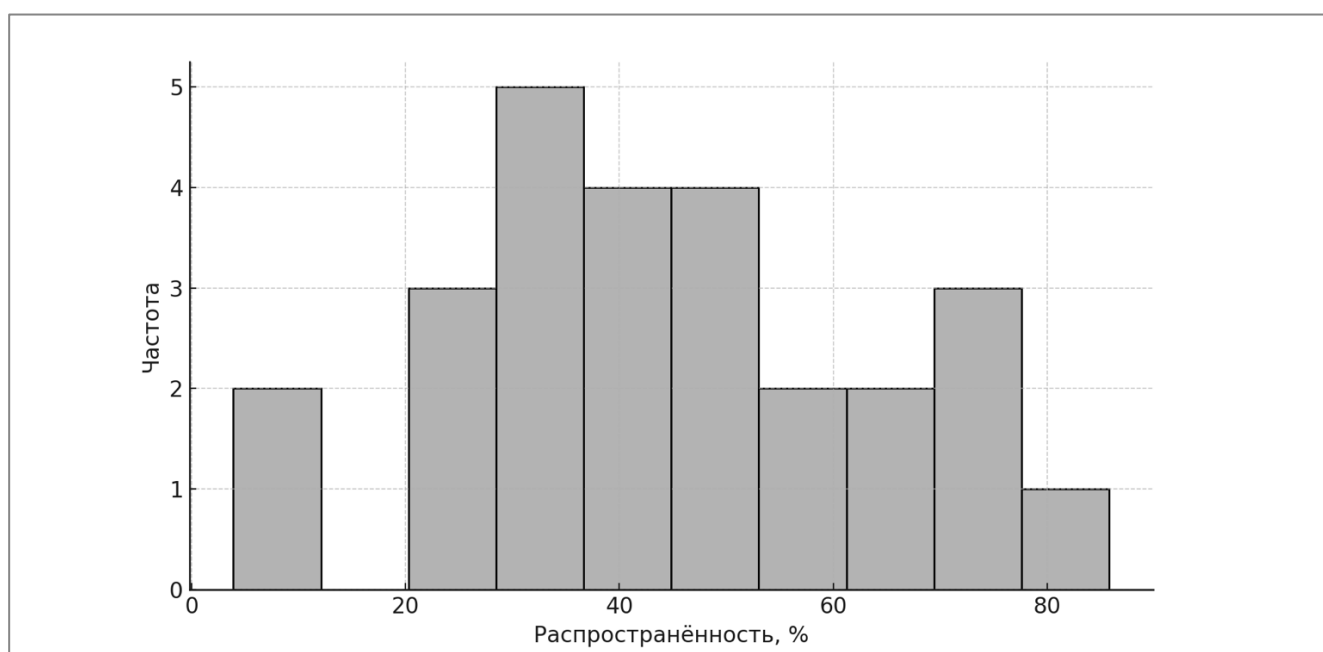


Рисунок 3.11 – Распределение оценок распространённости послеродовой депрессии в исследованиях, опубликованных с начала 2020 г. и позже

Анализ чувствительности результатов итоговой оценки распространённости ПРД к влиянию отдельных исследований показал, что наибольшее влияние оказывает работа Е.И. Антиповой [3]. Но и при ее исключении распространённость снизилась до 41,6 % (95 % ДИ: 34,1–49,10%), отклонившись от медианы всего на 1,9 % (Рисунок 3.12). Таким образом, полученные результаты устойчивы, итоговая распространённость ПРД не зависит критически ни от одного отдельного исследования.

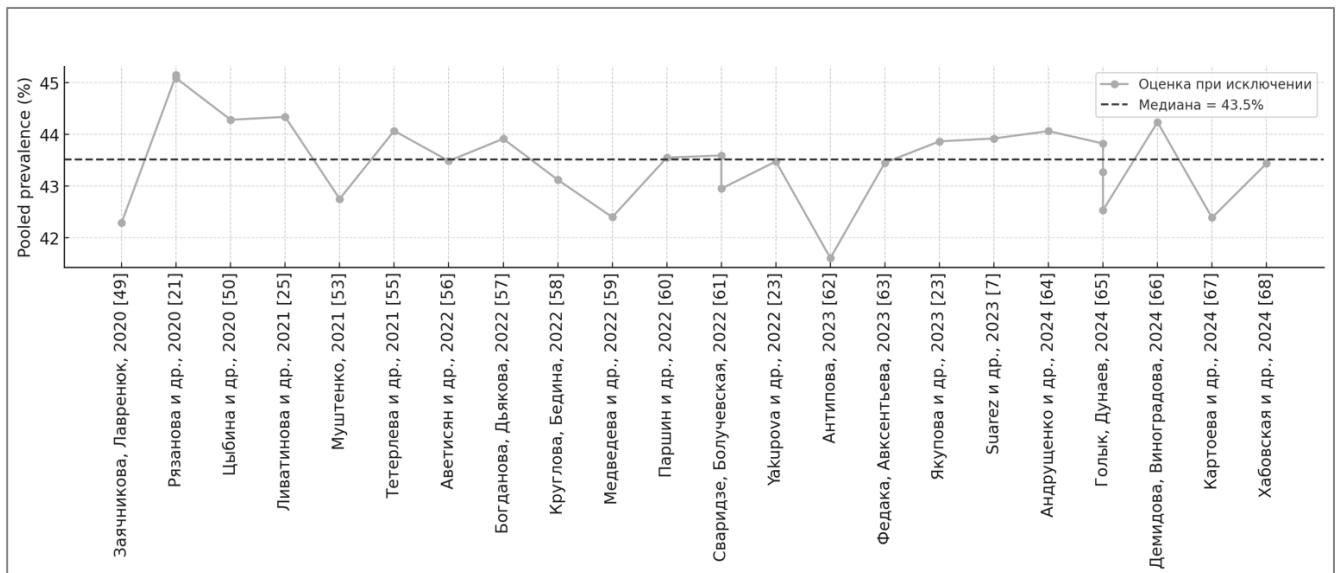


Рисунок 3.12 – Анализ чувствительности для исследований, выполненных с начала 2020 г. и позже: распространённость ПРД при последовательном исключении каждого исследования из метаанализа (точки – оценка сводной распространённости, пунктирная линия – медиана 43,5 %)

Значение распространённости ПРД среди женщин с патологией беременности и родов и/или с заболеваниями ребенка статистически значимо не отличались от таковой среди женщин без патологии, хотя была несколько выше: в первой группе исследований ($n = 5$) распространённость составила 48,9 % (95 % ДИ: 26,5–71,4%), а во второй ($n = 20$) – 42,3 % (95 % ДИ: 33,5–51,1 %; $z = 0,54$; $p = 0,59$).

В исследованиях, качество которых было охарактеризовано как высокое, распространённость ПРД была в среднем на 5,7 % ниже, чем в остальных, однако и это различие не достигло статистической значимости (результаты метарегрессии $\beta = -0,057$; $p = 0,53$), что свидетельствует об отсутствии установленного влияния данного критерия на итоговую оценку.

Таким образом, настоящий метаанализ показал, что распространённость ПРД в России в целом по всем включенным исследованиям составляет 34,47 % (95 % ДИ: 29,14–39,81 %), а за последние пять лет, с 2020 по 2024 год, – 43,50 % (95 % ДИ: 35,5–51,5 %). Это значение существенно превышает данные глобальных метаанализов, где средняя распространённость ПРД, как правило, колеблется в пределах 10–20 % [212, 245].

Как указывалось ранее (см. табл. 3.12), обобщенная распространённость ПРД в исследованиях, где применялась EPDS с диагностическим порогом ≥ 10 баллов: составила 49,6% (95% ДИ: 39,3–59,7%). Эта комбинация диагностического инструмента и критерия отсека является наиболее часто применяемой среди включённых работ, что позволяет рассматривать её как ориентировочную для оценки уровня ПРД в условиях, близких к стандартной практике скрининга. В то же время полученный ДИ остаётся достаточно широким, что отражает

вариабельность данных даже внутри данной подгруппы и подчёркивает необходимость учёта потенциальной методологической неоднородности между исследованиями.

В обзор включались публикации, соответствующие критериям отбора, вне зависимости от типа издания: статьи в научных журналах, препринты и материалы конференций, при условии наличия достаточной информации о дизайне исследования, характеристиках выборки и количественных данных по целевому показателю. Такой подход был применён с целью расширения охвата и минимизации риска публикационного смещения.

Систематизацию результатов осложнило отсутствие полных протоколов исследований, разница в используемых методиках диагностики ПРД и измерительных шкалах, зачастую – отсутствие статистической обработки в работах, неполные данные в некоторых исследованиях, а также различия во временных точках проведения оценки. В настоящем метаанализе использованы наиболее поздние доступные оценки в каждом исследовании, исходя из того, что ПРД, как правило, манифестирует в течение первых двух недель после родов и без своевременного вмешательства имеет тенденцию к нарастанию. Аналогичного подхода придерживаются и зарубежные исследователи, например B. Gelaye et al. (2016), Z. Wang et al. (2021) [187, 252].

Выявленная значительная межисследовательская гетерогенность может быть обусловлена различиями в характеристиках выборок, условиях проведения исследований и методологических подходах, однако установление точных причин требует дополнительного анализа. Высокий уровень гетерогенности наблюдается и в зарубежных исследованиях. Так в работе C.B. Migliavaca et al. (2022) сообщается, что медианное значение индекса I^2 в 134 метаанализах, посвящённых оценке распространённости различных состояний, составило 96,9 %, что свидетельствует о повсеместной распространённости высокой межисследовательской вариабельности в подобных обзорах [258].

Статистически значимая положительная связь между годом публикации и уровнем распространённости ПРД ($\beta = 0,019$; $p = 0,004$), отражает как реальные изменения в частоте проявления симптомов, так и влияние факторов, повышающих выявляемость ПРД в последние годы, например, увеличение настороженности специалистов и внимания к проблемам психического здоровья на фоне пандемии COVID-19. Вместе с тем, значения распространённости ПРД в исследованиях, опубликованных после 2020 г., демонстрируют более узкий диапазон и приближённое к симметричному распределение, что может отражать некоторую унификацию подходов к диагностике и оценке ПРД в более поздних работах. Проведённый анализ чувствительности показал стабильность итоговой оценки при поочерёдном исключении отдельных исследований, что повышает надёжность полученного результата, несмотря на сохраняющийся уровень неопределённости, отражённый в ширине доверительных интервалов.

ГЛАВА 4. ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ И ОТНОШЕНИЕ К СКРИНИНГУ НА НЕЕ СРЕДИ МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

4.1. Осведомленность о послеродовой депрессии, личный опыт послеродовой депрессии и отношение к скринингу среди матерей детей первого года жизни

Осведомленность о ПРД среди матерей

Настоящий блок посвящён оценке отношения к психоэмоциональным и физическим симптомам, которые могут наблюдаться у женщин в послеродовом периоде. В формулировках вопросов этой части анкеты не использовался термин «послеродовая депрессия» – вместо него применялось нейтральное выражение «симптомы, которые могут испытывать матери после родов», с целью исключения влияния диагностической стигматизации и минимизации эффекта узнавания названия заболевания. При этом сами описанные состояния по своему содержанию соответствовали типичным симптомам ПРД и были адаптированы из опросника EPDS [153]; в анкете они были переформулированы как обобщённые высказывания о возможных переживаниях женщин после родов, без прямого указания на диагноз или необходимость лечения.

В рамках этого блока анализировались представления женщин ($n = 360$) о том, какие из указанных состояний они считают «нормальными» на разных этапах послеродового периода. Респонденткам предлагалось два последовательных вопроса: какие проявления они воспринимают как естественные через три месяца после родов и какие – через год. Такой подход позволил выявить особенности восприятия симптомов ПРД и динамику отношения к ним. Наиболее частым состоянием, воспринимаемым как естественное, оказалась постоянная усталость: так считают 71,9 % женщин (259 чел.) через три месяца после родов и 55,3 % (199 чел.) через год. Между тем клинические руководства (NICE (Великобритания, 2020) [121], ACOG (США, 2018) [143], RANZCOG (Австралия и Новая Зеландия, 2021) [250], Riseup-PPD (Европейский регион, 2024) [192] по ПРД подчёркивают, что выраженная стойкая усталость и ощущение нехватки энергии относятся к числу типичных симптомов ПРД, а не к варианту “нормального” послеродового состояния. Это означает, что более половины матерей продолжают фактически нормализовывать потенциально клинически значимый симптом, что создаёт риск игнорирования депрессивной симптоматики и отсрочки обращения за помощью.

Высокую значимость в манифестации ПРД также имеют нарушения сна, аппетита и когнитивные трудности [121, 142, 192, 250]. Однако около половины матерей не воспринимают их всерьёз, считая, что недостаток сна и бессонница неизбежны. Так, считают это нормой через

три месяца после родов 48,6 % женщин (175 чел.), а через год – 35,6 % (128 чел.). Таким образом, почти каждая вторая респондентка через три месяца и более трети через год воспринимают стойкие нарушения сна как часть обычной жизни, что препятствует их интерпретации как возможного клинического признака депрессивного расстройства. Схожая ситуация наблюдается с изменениями аппетита. Этот симптом считают нормой через три месяца 38,9 % (140 чел.), а через год – 28,9 % (104 чел.). Когнитивные трудности через три месяца нормализуют 37,8 % матерей (136 чел.) и через год после родов – 31,4 % (113 чел.).

Не расценивают женщины как тревожный знак и эмоциональные проявления. Так, часть опрошенных нормой определяют ощущение непосильности заботы о ребёнке (через три месяца 30,6 % – 110 чел. и через год 17,2 % – 62 чел.), ощущение несчастья и частые слезы (через три месяца и год, соответственно, 29,4 % – 106 чел. и 16,7 % – 60 чел.), потеря интереса к привычным занятиям (26,1 % – 94 чел. и 17,2 % – 62 чел.). Этот факт особенно тревожен, поскольку именно данные признаки относятся к ключевым диагностическим критериям депрессии. Их восприятие как «естественных» ведёт к существенному занижению вероятности самодиагностики и обращения за помощью.

Особого внимания заслуживают более тяжёлые эмоциональные переживания. Ощущать чувство постоянной вины через три месяца после родов считают нормальными 11,9 % (43 чел.) и через год – 14,4 % (52 чел.). Ощущение, что счастья больше не будет, через три месяца и год после родов интерпретировано как нормальное 10,6 % (38 чел.) и 14,4 % (52 чел.) соответственно. Несмотря на относительно невысокую распространённость, эти показатели указывают на то, что отношение к тяжёлым симптомам со временем не улучшается: напротив, возрастает доля женщин, которые считают их нормальными для послеродового периода. Более того, часть респонденток сочла нормальным появление мыслей о том, что семье было бы лучше без матери (чувствовать так через три месяца после родов сочли нормальным 6,7 % – 24 чел., через год – 3,1 % – 11 чел.). Подобные высказывания рассматриваются как маркер высокого риска суицидального поведения, требующий немедленной профессиональной оценки и вмешательства. В клиническом руководстве по оценке суицидального риска [303] формулировка «моей семье было бы лучше без меня» приводится как пример высказывания, отражающего определенные суицидальные мысли и намерения. В контексте послеродового периода наличие таких симптомов у женщин указывает на необходимость безотлагательной оценки состояния и организации профессиональной помощи. Важно отметить, что по результатам опросника EPDS суицидальный риск по 10-му вопросу (касающемуся мыслей о причинении себе вреда) был выявлен у 55 женщин, что составляет 15,28 % выборки, то есть примерно каждая шестая участница дала ответы, соответствующие повышенному риску суицидального поведения. При этом у 7 женщин

(1,94 %) риск был выражен значительно: они отмечали, что такие мысли возникают у них почти каждый день.

Только 6,9 % (25 чел.) и 19,2 % (69 чел.) указали, что не считают нормальными ни один из предложенных симптомов респондентов через три месяца и через год после родов, соответственно. Иными словами, более 80 % матерей полагают, что хотя бы часть проявлений депрессии на любом сроке после родов является естественной. Результаты представлены на Рисунке 4.1.



Рисунок 4.1 – Распределение ответов матерей детей первого года жизни о том, какие симптомы ПРД они считают нормальными через три месяца и через год после родов (частота выбора того или иного варианта ответа, %)

Полученные данные отражают две ключевые тенденции. С увеличением времени от родов часть симптомов перестает восприниматься женщинами как «нормальные» (например, усталость, бессонница, нарушения концентрации), что, вероятно, связано с адаптацией к материнству и постепенным восстановлением. Вместе с тем сохраняется и даже усиливается представление о

тяжёлых эмоциональных проявлениях – чувстве вины и безысходности – как о нормальной части материнства; более того, небольшая, но клинически значимая часть респонденток считает допустимыми даже суицидальные мысли о том, что семье было бы лучше без матери. Это создаёт риск длительного сохранения выраженных депрессивных проявлений и повышает вероятность суицидального поведения при отсутствии своевременной помощи. Таким образом, восприятие симптомов ПРД как «естественных трудностей материнства» становится серьёзным барьером для своевременного распознавания ПРД и способствует его поздней диагностике, а значит, и нарастанию неблагоприятных последствий для здоровья матери и ребёнка.

На Рисунке 4.2 показаны ответы опрошенных матерей на вопрос о том, может ли состояние женщины после родов улучшиться само по себе или требует вмешательства. Респонденткам был предложен выбор из нескольких формулировок, отражающих разные сценарии развития симптомов, характерных для послеродового периода. Наиболее распространённым ответом было утверждение, что состояние «точно станет лучше со временем»: с этим согласны 31,4 % матерей (113 чел.). Почти каждая пятая участница выбрала формулировку «скорее всего да, без всякой помощи станет лучше со временем»: этот вариант отметили 22,2 % матерей (80 чел.). Ещё 20,6 % матерей (74 чел.) считают, что без помощи улучшения скорее всего не произойдёт.

Что касается наиболее пессимистичного сценария «точно нет, со временем станет только хуже», – его выбрали 3,3 % матерей (12 чел.), наиболее дифференцированный ответ, «зависит от проблемы: одни могут разрешиться сами, другие нет», выбрали 22,2 % матерей (80 чел.).

В целом эти данные показывают, что значительная часть матерей верит в самопроизвольное улучшение состояния без вмешательства: совокупно 53,6 % (193 чел.) выбрали одну из двух формулировок с акцентом на самостоятельное восстановление, что указывает на необходимость информационного просвещения матерей о рисках затяжных симптомов и важности своевременного обращения за помощью.

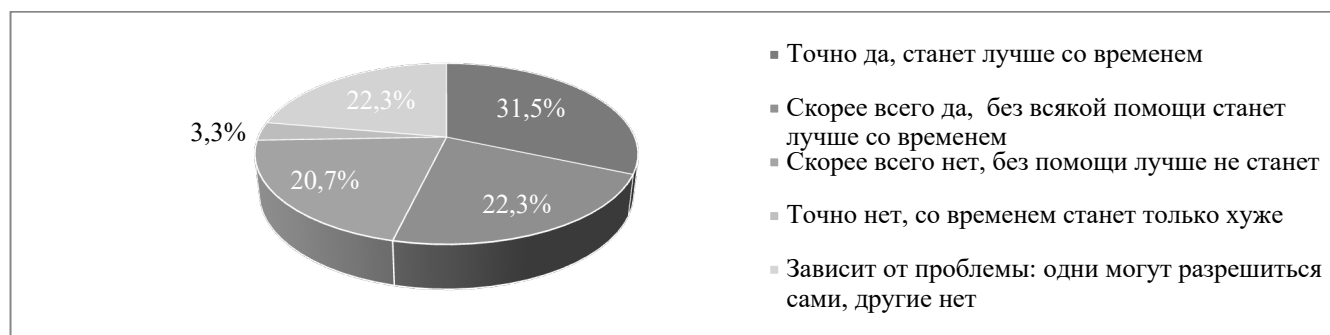


Рисунок 4.2 – Мнение матерей детей первого года жизни о возможности самопроизвольного улучшения психологического состояния после родов (доля выбравших тот или иной вариант ответа, %)

На Рисунке 4.3 представлены ответы матерей на вопрос: «Если мама испытывает какие-то из перечисленных выше проблем, будет ли ей полезно, на ваш взгляд, обратиться за помощью?» Большинство участниц считают обращение за помощью полезным. Так, 56,4 % матерей (203 чел.) выбрали вариант «скорее всего да», а более уверенное «точно да» указали 31,4 % матерей (113 чел.). Совокупно положительные ответы («точно да» + «скорее всего да») составляют 87,8 % (316 чел.), что говорит о широком признании важности профессиональной помощи. Отрицательные мнения встречаются реже: вариант «скорее всего нет» выбрали 11,4 % матерей (41 чел.), а вариант «точно нет» – всего 0,8 % матерей (3 чел.).

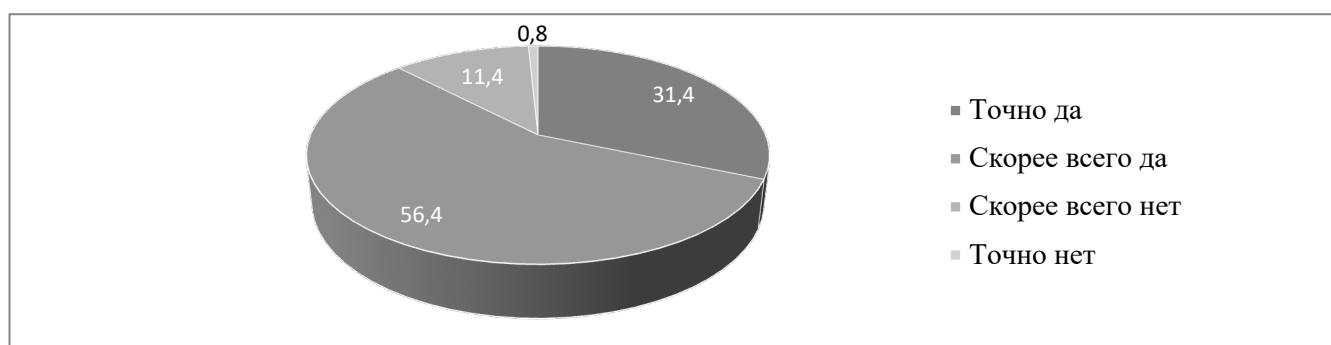


Рисунок 4.3 – Мнение матерей детей первого года жизни о необходимости обращения за помощью к специалисту при наличии психологических проблем (доля выбравших тот или иной вариант ответа, %)

Таким образом несмотря на то, что матери в основном поддерживают идею обращения за помощью, сомнение в необходимости профессиональной поддержки все еще встречается. Это подчёркивает потенциал для расширения образовательной работы в области распознавания и своевременного реагирования на послеродовые психоэмоциональные трудности.

На вопрос, кто, по их мнению, может быть полезен женщине, испытывающей психологические трудности после родов, ответы распределились следующим образом (Рисунок 4.4). Наибольшее доверие в вопросе оказания помощи при эмоциональных трудностях после родов вызывает профессиональная и социальная поддержка. Абсолютным лидером в оценке пользы стал психолог: 86,4 % респонденток (311 чел.) указали, что он скорее будет полезен. Вторыми по значимости стали близкие друзья (75,3 %, 271 чел.) и близкие родственники (72,5 %, 261 чел.). Доверие к этим источникам поддержки остаётся стабильно высоким среди матерей, они чаще обращаются к ним как к первичным ресурсам. Значимую роль, по мнению матерей, могут играть помощница по хозяйству (67,5 %, 243 чел.) и няня (66,7 %, 240 чел.). Это отражает восприятие физической и бытовой разгрузки как важного условия восстановления психоэмоционального состояния.

Психотерапевта считают полезным 63,9 % матерей (230 чел.). 61,9 % (223 чел.) опрошенных положительно высказались об общении с женщинами с похожими проблемами. Это

указывает на более выраженную потребность в неформальной эмоциональной идентификации и обмене опытом. В то же время обращение к психиатру вызывает у матерей противоречивое восприятие: 50,6 % (182 чел.) считают его скорее полезным, но 25,8 % (93 чел.) – бесполезным, а 9,2 % (33 чел.) – даже вредным. Врача общей практики как ресурс помощи воспринимают ещё менее однозначно: лишь 46,1 % (166 чел.) полагают, что он скорее будет полезен, 40,0 % (144 чел.) не ожидают ни пользы, ни вреда, 3,9 % (14 чел.) считают обращение к нему скорее вредным, а 10,0 % (36 чел.) затруднились с оценкой.

Наименьшее доверие у матерей вызывают представители неформальной помощи и альтернативной медицины. Так, натуропата, травника или гомеопата считают полезным лишь 20 % (72 чел.), при этом 38,9 % (140 чел.) сочли их бесполезными, а 16,7 % (60 чел.) – вредными. Фармацевт в аптеке воспринимается как полезный лишь 18,6 % (67 чел.), а более половины (58,1 %, 209 чел.) не видят от него ни вреда, ни пользы, и 10,6 % (38 чел.) считают, что он может навредить. Интересно, что духовника или священника 34,2 % матерей (123 чел.) посчитали полезным, тогда как 20,3 % (73 чел.) – бесполезным, 8,6 % (31 чел.) – вредным, и ещё 9,2 % затруднились ответить.



Рисунок 4.4 – Распределение ответов матерей детей первого года жизни о том, кто может быть полезен женщинам с психологическими трудностями после родов (доля выбравших тот или иной вариант ответа, %)

Таким образом, матери в целом положительно воспринимают как профессиональную психологическую, так и повседневную бытовую и эмоциональную поддержку. Однако они чаще доверяют социальным и неформальным каналам помощи и реже считают психиатра или врача общей практики первичной точкой обращения. Это подчёркивает необходимость улучшения информирования женщин о доступных профессиональных ресурсах и укрепления доверия к ним.

При анализе ответов на вопрос о том, какие меры могут быть наиболее полезны женщине, испытывающей психологические трудности после родов, выяснилось, что респондентки в подавляющем большинстве случаев отдавали предпочтение немедикаментозным формам помощи (Рисунок 4.5). Большинство из них отметили эффективность отдыха, прогулок, релаксации и физической активности. Отдых как скорее полезный способ поддержки отметили 97,5 % (351 чел.), прогулки – 96,9 % (349 чел.), релаксацию, медитацию или йогу – 94,1 % (339 чел.), физическую активность – 88,1 % (317 чел.), а исключение алкоголя – 79,2 % (285 чел.).

Приём витаминов считают скорее полезным 92,5 % (333 чел.), а вот особенная диета вызывает у матерей больше сомнений: 41,4 % (149 чел.) считают её полезной, а 15,6 % (56 чел.) – вредной. Чтение историй о женщинах с похожими трудностями воспринимается в целом положительно: 45,6 % (164 чел.) считают это полезным, 15,6 % (56 чел.) – вредным. Умеренный приём алкоголя вызывает настороженность у половины матерей: 45,0 % (162 чел.) считают его вредным, 23,9 % (86 чел.) – полезным, а 25,3 % (91 чел.) – нейтральным.

Отношение к медикаментозной терапии у матерей в основном настороженное: приём антидепрессантов считают скорее полезным всего 23,3 % (84 чел.), снотворных – 10,0 % (36 чел.), нейролептиков – 8,1 % (29 чел.), транквилизаторов – 4,7 % (17 чел.), обезболивающих препаратов – 18,9 % (68 чел.). Рисунок 4.5).



Рисунок 4.5 – Распределение ответов матерей детей первого года жизни о том, что может быть полезно женщинам с психологическими трудностями после родов (доля выбравших тот или иной вариант ответа, %)

В целом полученные данные демонстрируют выраженный сдвиг в сторону «естественных» и повседневных способов самопомощи и явную настороженность в отношении лекарственной терапии, особенно психотропной. Психологический

дискомфорт после родов матери предпочитают воспринимать как состояние, с которым можно справиться за счёт отдыха, изменения образа жизни, физической активности и «укрепления организма» (витамины, отказ от алкоголя), тогда как необходимость медикаментозного лечения признаётся лишь меньшинством, причём часть респонденток прямо оценивает психотропные препараты как вредные. Это указывает на низкую готовность женщин рассматривать ПРД как заболевание, требующее профессионального лечения, и подчёркивает важность информирования о современных подходах к терапии ПРД и разъяснения роли медикаментозного лечения в сочетании с психотерапией.

Таким образом, результаты анализа ответов на блок вопросов, в котором симптомы описывались без упоминания ПРД как диагноза и без каких-либо ссылок на заболевание, показывают, что у значительной части матерей формируется устойчивое представление о проявлениях депрессии как о «естественных трудностях материнства». В частности, выраженную постоянную усталость считают нормальной через три месяца после родов 71,9 % женщин (95 % ДИ: 67,1–76,3), а через год – 55,3 % (95 % ДИ: 50,1–60,3); нарушения сна нормализуют 48,6 % (95 % ДИ: 43,5–53,8) через три месяца и 35,6 % (95 % ДИ: 30,8–40,6) через год. Эмоциональные проявления также нередко воспринимаются как часть «нормального» материнства: чувство постоянной вины считают допустимым 11,9 % женщин через три месяца (95 % ДИ: 9,0–15,7) и 14,4 % через год (95 % ДИ: 11,2–18,5), ощущение безысходности – 10,6 % (95 % ДИ: 7,8–14,2) и 14,4 % (95 % ДИ: 11,2–18,5) соответственно. Особенно тревожно, что суицидальные мысли о том, что семье было бы лучше без матери, воспринимаются как «нормальные» 6,7 % женщин через три месяца (95 % ДИ: 4,5–9,7) и 3,1 % через год (95 % ДИ: 1,7–5,4). На фоне этого матери демонстрируют выраженное предпочтение немедикаментозных методов помощи: отдых как полезный способ поддержки отмечают 97,5 % (95 % ДИ: 95,3–98,7), прогулки – 96,9 % (95 % ДИ: 94,6–98,3), приём витаминов – 92,5 % (95 % ДИ: 89,3–94,8), тогда как приём антидепрессантов считают скорее полезным лишь 23,3 % (95 % ДИ: 19,3–28,0). В совокупности это отражает комбинацию нормализации усталости, нарушений сна, когнитивных и аффективных симптомов (включая чувство вины, безысходности и суицидальные мысли) с верой в самопроизвольное улучшение состояния и недоверием к фармакотерапии, особенно психотропной. Женщины в большей степени ориентируются на неформальные источники поддержки и немедикаментозные способы самопомощи, а профессиональные ресурсы (психиатр, врач общей практики, фармацевт) воспринимают как вторичные или потенциально небезопасные. Такая

конфигурация представлений создаёт серьёзный барьер для раннего распознавания ПРД и своевременного начала лечения, что повышает риск затяжного течения расстройства и неблагоприятных последствий для матери и ребёнка и подчёркивает необходимость целенаправленных просветительских мероприятий, снижения стигмы и интеграции скрининга и информирования о ПРД в практику акушерско-гинекологической и педиатрической службы.

Мнение матерей о ПРД как о заболевании

В следующей группе вопросов матерям предлагалось напрямую высказать своё мнение о ПРД. В формулировке уже использовался сам термин, что позволяло оценить осведомлённость в отношении данного состояния. 42,5 % (151 чел.) отмечали, что слышали о ПРД, но лично не сталкивались с ней. Ещё 35,8 % (130 чел.) указали, что сталкивались с проявлениями ПРД у других женщин. Личный опыт отметили 14,7 % (54 чел.). И лишь 4,7 % (18 чел.) считают, что такого заболевания не существует. Таким образом, более половины участниц (50,5 %, 184 чел.) считают, что имеют либо личный, либо опосредованный опыт столкновения с ПРД, а доля скептически настроенных респонденток остаётся незначительной. Это указывает на высокий уровень узнавания термина и в целом признание реальности проблемы среди матерей. Результаты представлены на Рисунке 4.6.

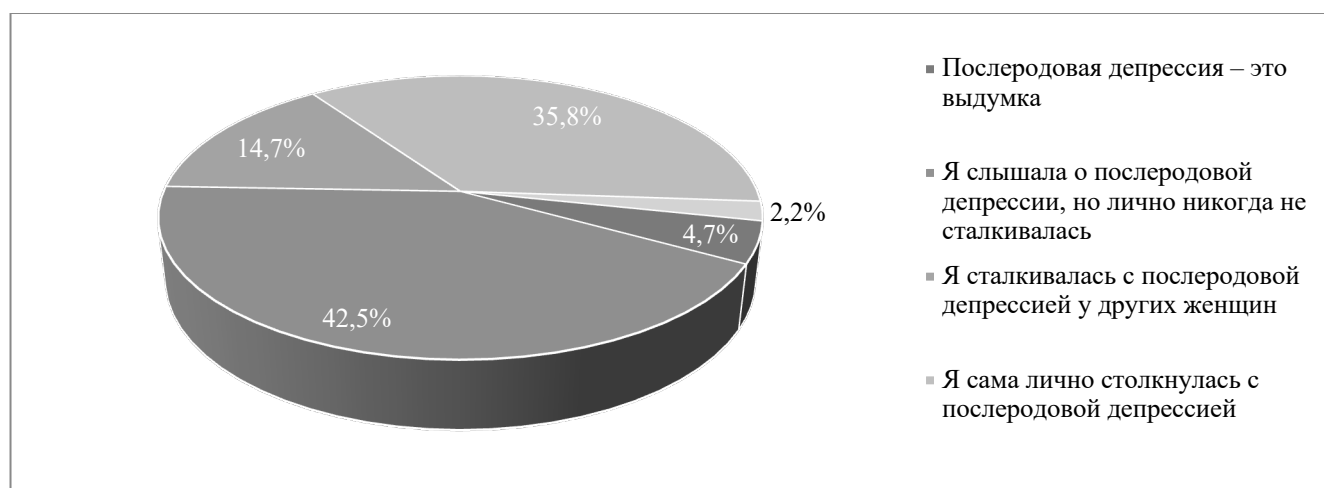


Рисунок 4.6 – Отношение матерей детей первого года жизни к ПРД как к заболеванию (доля выбравших тот или иной вариант ответа, %)

Таким образом, термин «послеродовая депрессия» хорошо узнаётся большинством матерей, причём более половины сообщают о личном или опосредованном опыте, связанном с

этим состоянием. Скепсис в отношении существования ПРД выражен лишь у небольшого меньшинства, что свидетельствует о в целом высоком уровне признания проблемы.

В следующем вопросе (Рисунок 4.7) участницам предлагалось высказать мнение о том, требуется ли женщинам с ПРД помощь специалистов: психолога, психотерапевта или психиатра. Большинство респонденток считают, что помощь при ПРД должен оказывать психолог – такой вариант выбрали 52,2 % (188 чел.). Ещё 34,2 % (123 чел.) считают, что необходим психотерапевт, а 27,5 % (99 чел.) указали на необходимость помощи психиатра. При этом 21,7 % (78 чел.) считают, что достаточно обращения к психологу или психотерапевту, но не к психиатру, и только 12,2 % (44 чел.) полагают, что выбор специалиста должен зависеть от степени тяжести состояния. Некоторая доля матерей (5,3 %, 19 чел.) придерживается мнения, что женщина должна справляться с ПРД без обращения к специалистам. То есть матери чаще настаивают на конкретной профессиональной помощи (особенно со стороны психолога или психотерапевта), а доля тех, кто считает, что с ПРД женщина должна справляться самостоятельно крайне незначительна.

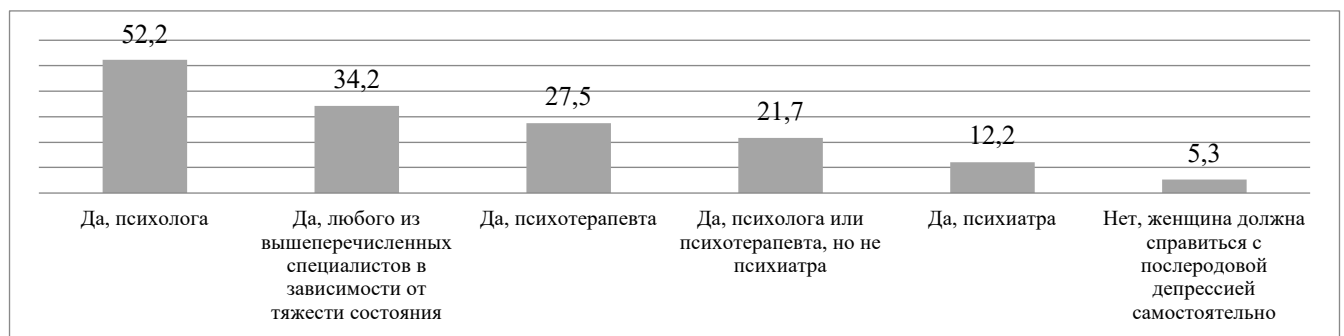


Рисунок 4.7 – Мнение матерей требуется ли женщинам с послеродовой депрессией помощь психолога, психотерапевта или психиатра? (частота выбравших тот или иной вариант ответа, %, множественный выбор)

В вопросе оценки вероятности выздоровления женщины с ПРД при условии, что она обратится за помощью к нужному специалисту (Рисунок 4.8), большинство матерей проявили оптимизм. Полное выздоровление считают вполне возможным 83,6 % матерей (301 чел.). Это указывает на высокий уровень доверия к эффективности профессиональной помощи при послеродовой депрессии. Тем не менее, 13,9 % матерей (50 чел.) полагают, что состояние может улучшиться, но полного выздоровления, скорее всего, не будет. При этом около 2 % респондентов выразили скепсис: 1,9 % матерей (7 чел.) считают, что состояние скорее всего останется без изменений. Ещё меньшая доля – 0,6 % (2 чел.) матерей полагают, что при обращении к специалисту состояние может даже ухудшиться.

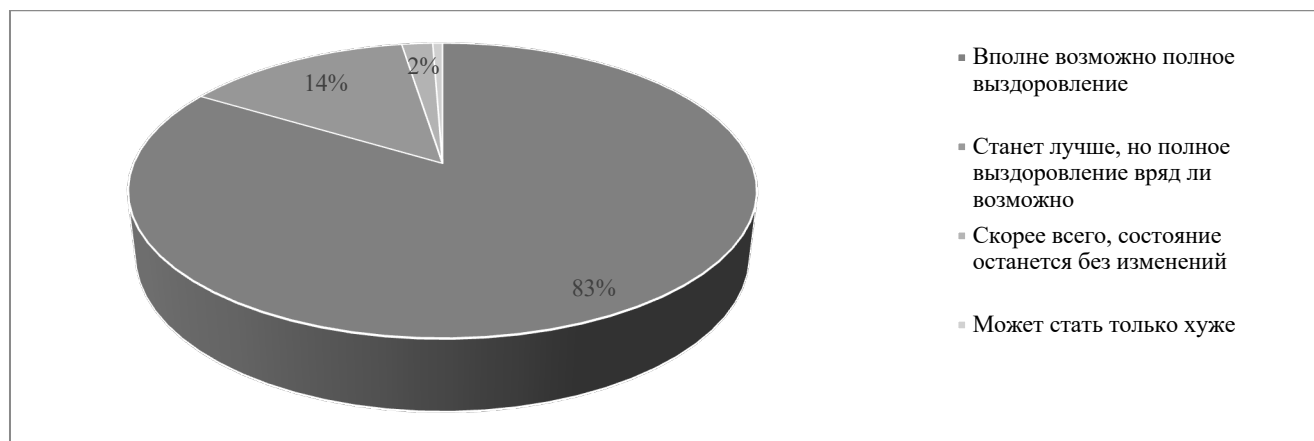


Рисунок 4.8 – Мнения матерей о вероятности выздоровления женщины с ПРД при условии, что она обратится за помощью к нужному специалисту (доля выбравших тот или иной вариант ответа, %)

На вопрос, считают ли они ПРД в целом излечимым заболеванием, подавляющее большинство матерей, 89,2 % (321 чел.), выбрали ответ «да». Однако небольшая доля скептически настроенных все же есть: 3,3 % (12 чел.) считают, что депрессию вылечить нельзя. Остальные затруднились с ответом. Таким образом, матери в целом демонстрируют позитивный настрой в отношении перспектив лечения депрессии.

На вопрос о том, считают ли они приём антидепрессантов приемлемым способом лечения послеродовой депрессии, мнения респондентов разделились. 33,1 % (119 чел.) считают приём антидепрессантов приемлемым, тогда как 41,9 % (151 чел.) – отрицают его. Затруднились с ответом 25,0 % (90 чел.). Таким образом, среди матерей преобладает настороженное или отрицательное отношение к фармакотерапии, что может указывать на недостаточную информированность, страхи или влияние стигматизирующих представлений.

На Диаграмме 4.9 отражены мнения матерей о возможных причинах, по которым женщины с ПРД не обращаются за помощью к специалистам. Наиболее часто называли отсутствие осознания проблемы: 72,8 % матерей (262 чел.) считают, что женщина может не понимать, что ей необходима помощь психолога, психотерапевта или психиатра. 55,0 % (198 чел.) считают, что у женщин нет материальных ресурсов для обращения за помощью. 51,1 % (184 чел.) считают, что женщина может объяснять своё состояние физическими причинами: хронической усталостью, недосыпанием, болезнями и т.д. Или склонны приписывать психические нарушения внешним обстоятельствам, таким как конфликты, развод или материальные трудности – этот ответ выбрали 41,7 % респондентов (150 чел.). Около половины респондентов указывают на трудности ориентации в системе помощи: 48,9 % респонденток (176 чел.) полагают, что женщина не знает, куда обратиться. По 45,8 % (165 чел.) считают, что мать может не обращаться за помощью, так как не признает существование ПРД или у нее не хватает времени. Актуальными являются социальные и стигматизирующие причины не обращения за помощью. Так, 35,3 % (127

чел.) считают, что обращение за помощью воспринимается женщинами как признак слабости. Ощущение стыда при обращении к психологу, психотерапевту или психиатру указали причиной отказа от помощи 29,4 % опрошенных (106 чел.). Опасения, что обращение за психиатрической помощью может повлечь негативные последствия (постановку на учёт, ограничения в работе и т.д.), разделяют 28,1 % (101 чел.).

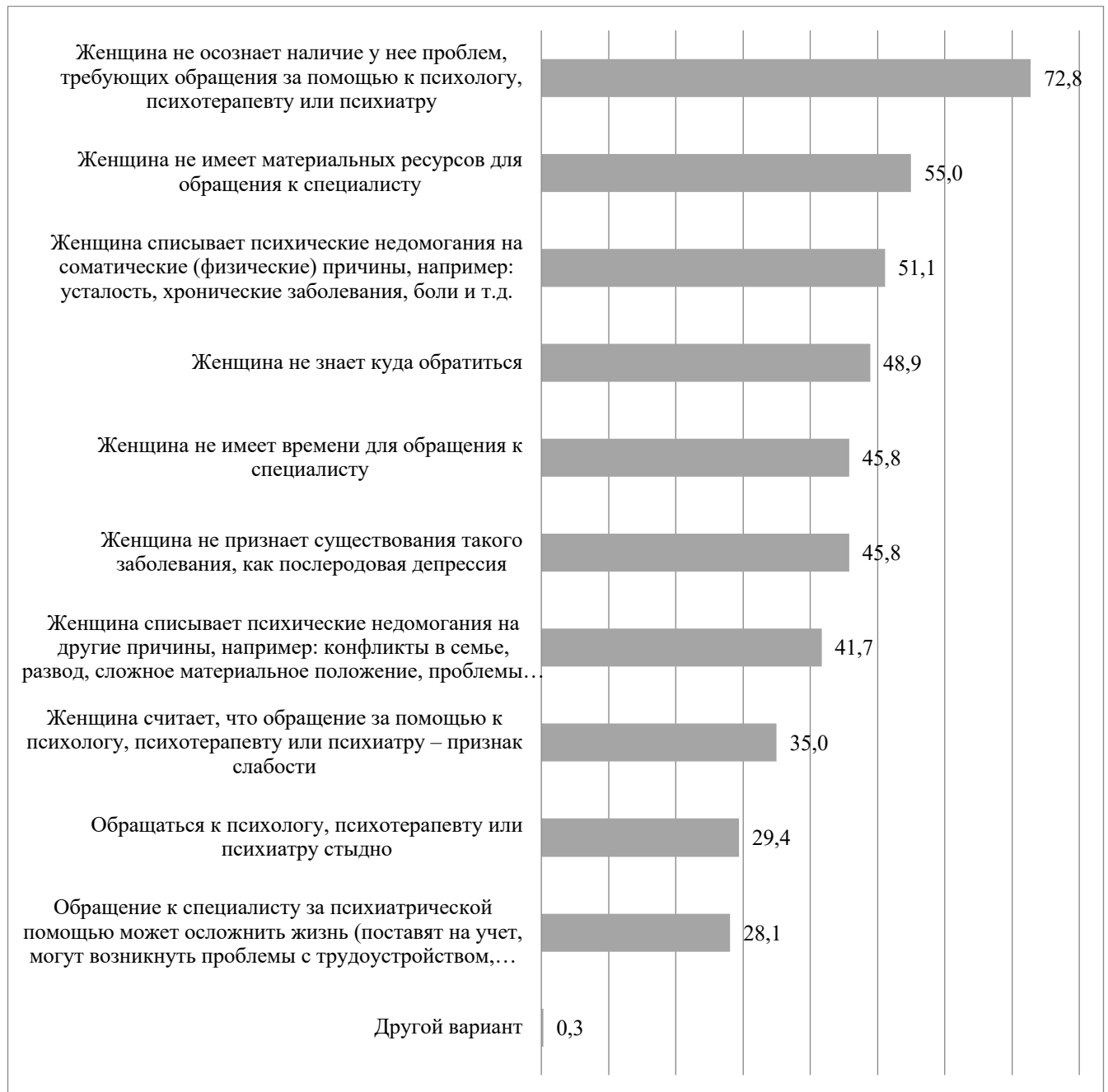


Рисунок 4.9 – Мнение матерей детей первого года жизни о возможных причинах отказа женщин с ПРД от обращения за психологической или психиатрической помощью (частота указавших тот или иной вариант ответа, %)

Диаграмма 4.10 отражает уровень согласия матерей с рядом утверждений, касающихся лечения, диагностики и влияния ПРД, а также их собственной уверенности в способности

распознать заболевание у себя или других. Меньше всего респонденток уверены в доступности бесплатной помощи: только 18,6 % (67 чел.) согласны с тем, что лечение ПРД в их регионе бесплатно, 30,6 % (110 чел.) не согласны, а половина – 50,8 % (183 чел.) затруднились с ответом.

В отношении ресурсной обеспеченности системы здравоохранения мнения разделились. С тем, что в системе есть все ресурсы для лечения ПРД, согласны только 31,9 % (115 чел.), а 33,1 % (119 чел.) затруднились ответить. В случае с выявлением ПРД – доля несогласных ещё выше: 41,7 % (150 чел.) считают, что таких ресурсов нет, согласны с обратным 25,0 % (90 человек), а 33,3 % (120 человек) не смогли ответить однозначно.

Что касается последствий ПРД, 53,9 % (194 чел.) не согласны с утверждением, что заболевание не оказывает долгосрочного влияния на здоровье женщины, при этом 20,6 % (74 чел.) затруднились с ответом. Уверенность в способности распознавать ПРД у себя и других значительно различается. Так, 57,5 % (207 чел.) уверены, что смогут распознать ПРД у себя, тогда как уверенность в отношении подруг или коллег выразили только 43,6 % (157 чел.).

Таким образом, у значительной части матерей сохраняются сомнения в доступности и качестве помощи при ПРД, а также в возможностях системы здравоохранения. Одновременно с этим они чаще доверяют своим ощущениям в отношении собственной психоэмоциональной сферы, чем в отношении окружающих.



Рисунок 4.10 – Мнение матерей детей первого года жизни о доступности ресурсов для лечения ПРД, последствиях ПРД и способности ее распознать (доля выбравших тот или иной вариант ответа, %)

В целом ответы на вопросы данного блока показывают, что ПРД воспринимается матерями преимущественно как реальное и в целом излечимое заболевание. Термин хорошо узнаётся: более половины участниц, 51,0 % (95 % ДИ: 45,8–56,2), сообщают о личном или опосредованном опыте, связанном с этим состоянием. Подавляющее большинство верит в эффективность помощи: полное выздоровление при обращении к «нужному» специалисту считают возможным 83,6 % матерей (95 % ДИ: 79,8–87,4), а ПРД в целом излечимым заболеванием – 89,2 % (95 % ДИ: 86,0–92,4). При этом отношение к фармакотерапии остаётся неоднозначным: приём антидепрессантов считают приемлемым лишь 33,1 % женщин (95 % ДИ: 28,2–38,0), тогда как 41,9 % (95 % ДИ: 36,8–47,0) не принимают такой способ лечения. В совокупности это отражает сочетание признания ПРД как заболевания и доверия к профессиональной помощи с настороженностью в отношении медикаментозного лечения, особенно антидепрессантами.

Одновременно выявлен широкий спектр барьеров к обращению за помощью. Наиболее часто в качестве причины не обращения называются отсутствие осознания проблемы (72,8 %; 95 % ДИ: 68,2–77,4), финансовые трудности (55,0 %; 95 % ДИ: 49,9–60,1), объяснение симптомов «физическими» или внешними причинами (51,1 %; 95 % ДИ: 45,9–56,3), незнание маршрутов помощи (48,9 %; 95 % ДИ: 43,7–54,1). Существенную роль играют стигматизирующие установки: обращение за помощью как «признак слабости» воспринимают 35,3 % матерей (95 % ДИ: 30,4–40,2), чувство стыда при обращении к специалистам указывают 29,4 % (95 % ДИ: 24,7–34,1), опасения негативных последствий психиатрической помощи разделяют 28,1 % (95 % ДИ: 23,5–32,7). Дополняют эту картину сомнения в доступности и ресурсной обеспеченности системы: в бесплатности лечения ПРД уверены лишь 18,6 % респонденток (95 % ДИ: 14,6–22,6), а в наличии всех необходимых ресурсов для её лечения – 31,9 % (95 % ДИ: 27,1–36,7). При этом 57,5 % матерей (95 % ДИ: 52,4–62,6) считают, что смогут распознать ПРД у себя, но только 43,6 % (95 % ДИ: 38,5–48,7) – у подруг или коллег. Всё это подчёркивает необходимость адресного просвещения, снижения стигматизации и усиления доверия к профессиональной помощи, включая медикаментозное лечение, при одновременном повышении прозрачности и понятности маршрутов получения помощи.

Личный опыт ПРД среди матерей детей первого года жизни

В этом разделе анализируется личный опыт матерей детей первого года жизни, связанный с проявлениями ПРД. В отличие от предыдущих блоков, где оценивалось отношение к симптомам и осведомлённость о ПРД, здесь внимание уделено тому, какие эмоциональные и психические состояния женщины действительно переживали после родов, насколько они обсуждали их с медицинскими работниками и каков их опыт обращения за специализированной психиатрической

и психологической помощью. Такой подход позволяет сопоставить субъективную распространённость депрессивных симптомов с фактическим уровнем выявления и использования ресурсов психического здоровья.

Матерям был предложен перечень состояний и симптомов, которые могут быть связаны с ПРД, и задан вопрос, испытывали ли они когда-либо те или иные чувства после рождения ребёнка. Респондентки могли выбрать несколько вариантов. Наиболее распространёнными состояниями оказались беспокойство – 91,1 % (328 чел.); раздражительность – 87,8 % (316 чел.); упадок сил – 86,7 % (312 чел.); тревога – 80,8 % (291 чел.); проблемы со сном – 73,9 % (266 чел.); апатия – 63,9 % (230 чел.). Также более половины матерей сообщили о чувстве одиночества (54,4 %, 196 чел.) и чувстве вины (54,7 %, 197 чел.). Ощущение отчаяния после родов испытали 48,1 % (173 чел.), а 49,4 % (178 чел.) прямо указали на пережитое состояние депрессии. Данные представлены на Рисунке 4.11.

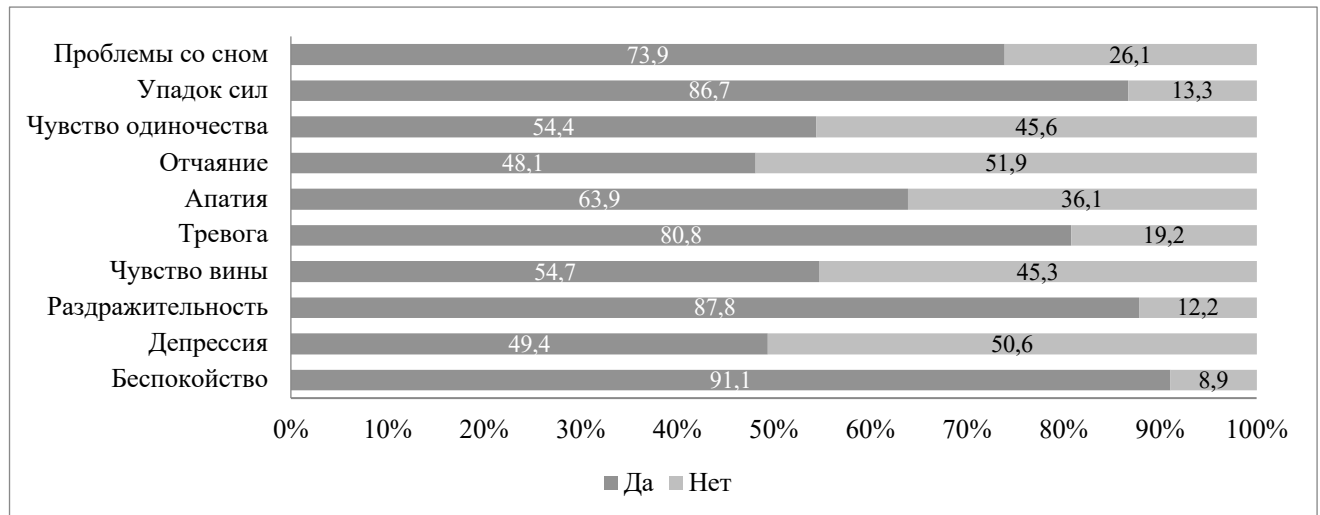


Рисунок 4.11 – Симптомы, лично испытанные матерями детей первого года жизни после родов (доля выбравших тот или иной вариант ответа, %)

То есть от половины до двух третей респонденток сталкивались с выраженными эмоциональными нарушениями, а около половины – с симптомами, близкими к клинической депрессии. Эти данные подтверждают высокую распространённость эмоциональных трудностей в послеродовом периоде и необходимость своевременного выявления и поддержки.

При этом в ответе на вопрос обращались ли они за помощью по поводу перечисленных симптомов лишь небольшая часть женщин озвучивала эти проблемы при посещении медицинских работников. Всего 18,1 % (65 чел.) матерей обсуждали упадок сил и 15,6 % (56 чел.) – проблемы со сном. Лишь одна женщина из десяти жаловалась на приеме на тревогу и/или раздражительность (по 11,9 % (43 чел.); беспокойство (9,4 % (34 чел.); апатию и депрессию – по

8,6 % (31 чел.). Чувство одиночества обсуждалось еще реже, лишь 7,5 % (27 чел.) матерей, как и чувства вины и отчаяния (6,9 %, 43 чел.). Данные представлены на Рисунке 4.12.

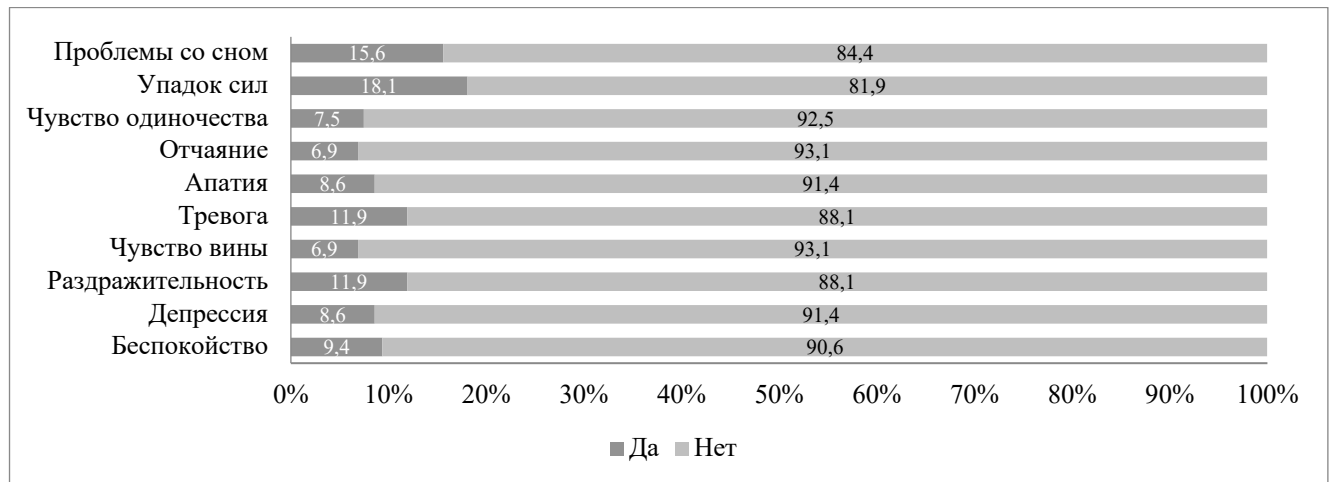


Рисунок 4.12 – Симптомы, с которыми матери детей первого года жизни сами лично обращались к специалистам за помощью (доля выбравших тот или иной вариант ответа, %)

Эти результаты показывают выраженный разрыв между высокой распространённостью депрессивных и тревожных симптомов и фактическим обращением за помощью. Большинство матерей переживали состояния, близкие к клинической депрессии, однако лишь единицы обсуждали даже наиболее тяжёлые из них с медицинскими работниками. Это свидетельствует о существенном скрытом бремени эмоциональных нарушений в послеродовом периоде и указывает на то, что пассивного ожидания жалоб недостаточно: необходимы активное выявление симптомов, нормализация разговора о психическом здоровье после родов и снижение стигмы обращения за помощью.

Вместе с этим, лишь немногие женщины отметили, что получали предложение пройти диагностику депрессии в период беременности. Подавляющее большинство респонденток, 89,4 % (322 чел.), ответили, что им не предлагали подобного обследования. Только 7,8 % (28 чел.) отметили, что сталкивались с подобной инициативой. Диагностика депрессии в послеродовом периоде еще менее распространена: лишь 5,0 % (18 чел.) сообщили, что получали такое предложение от медицинских работников, в то время как подавляющее большинство, 92,8 % (334 чел.), ответили отрицательно. Эти данные свидетельствуют о практически полном отсутствии практики обследования на ПРД.

При этом общая обращаемость к специалистам в сфере психического здоровья среди матерей остаётся крайне низкой. Большинство женщин, 71,1 % (256 чел.), никогда в жизни не обращались ни к психологу, ни к психотерапевту, ни к психиатру. Даже обращение к психологу, который воспринимается как наименее стигматизированный специалист, отметили менее четверти респонденток (23,9 %, 86 чел.). Психотерапевтическая и особенно психиатрическая

помощь практически не используются: к психотерапевту обращались 6,7 % (24 чел.), а к психиатру – только 1,7 % (6 чел.). Эти данные подчёркивают, что даже при наличии эмоциональных трудностей большинство женщин не обращаются к специалистам психиатрического профиля. Вероятно, на это влияет сочетание объективных ограничений доступности помощи и субъективных барьеров – стигматизирующих представлений, недостаточной информированности и опасений возможных последствий обращения, однако точные причины в рамках данного исследования специально не анализировались.

Таким образом, результаты этого блока демонстрируют три взаимосвязанных аспекта. Во-первых, депрессивные и тревожные симптомы в послеродовом периоде чрезвычайно распространены: почти половина женщин, 49,4 % (95 % ДИ: 44,3–54,6), прямо указали, что переживали состояние, которое они сами описывали как депрессию, а ещё большее число участниц сообщали о тревоге, раздражительности и выраженном упадке сил. Во-вторых, рутинная диагностика ПРД практически отсутствует: предложение пройти обследование на депрессию во время беременности получали лишь 7,8 % женщин (95 % ДИ: 5,0–10,5), а в послеродовом периоде – только 5,0 % (95 % ДИ: 2,7–7,3), тогда как подавляющее большинство, 89,4 % (95 % ДИ: 86,3–92,6) и 92,8 % (95 % ДИ: 90,1–95,5) соответственно, подобного предложения не получали. В-третьих, обращаемость к специалистам в сфере психического здоровья остаётся крайне низкой: 71,1 % матерей (95 % ДИ: 66,4–75,8) никогда в жизни не обращались ни к психологу, ни к психотерапевту, ни к психиатру; даже к психологу обращались менее четверти (23,9 %, 95 % ДИ: 19,5–28,3), к психотерапевту – 6,7 % (95 % ДИ: 4,1–9,2), к психиатру – 1,7 % (95 % ДИ: 0,3–3,0). В совокупности это означает, что значительная часть эмоциональных нарушений остаётся «скрытой» для системы здравоохранения и не попадает в поле профессиональной помощи, что дополнительно обосновывает необходимость внедрения систематического скрининга ПРД, повышения настороженности врачей разных специальностей и развития доступных и понятных для женщин маршрутов психолого-психиатрической поддержки.

Отношение к скринингу на ПРД среди матерей

В настоящем блоке вопросов респонденткам предлагалось ответить, знакомы ли они с какими-либо профессиональными инструментами для диагностики ПРД: анкетами, опросниками или мобильными приложениями. Среди матерей уровень осведомлённости оказался довольно низким: только 21,9 % (79 чел.) указали, что знают о существовании подобных инструментов. Этот дефицит знаний можно рассматривать как один из ключевых барьеров для внедрения

скрининга в практическое здравоохранение и для формирования устойчивого спроса на раннее выявление со стороны пациенток.

На вопрос о приемлемости заполнения короткой анкеты для выявления симптомов ПРД во время визита к специалисту не психиатрического профиля, например, педиатру или гинекологу, большинство матерей (78,3 %, 282 чел.) ответили утвердительно, указав, что такой формат для них приемлем. В то же время 21,7 % (78 из 360 чел.) не согласны с таким подходом.

Среди матерей, для которых заполнение анкеты на приёме у педиатра или гинеколога оказалось неприемлемым, были выявлены следующие причины: 38,5 % (30 из 78 чел.) считают, что такой специалист не сможет правильно оценить симптомы; 34,6 % (27 из 78 чел.) не хотят тратить время на то, что считают ненужным; 32,1 % (25 из 78 чел.) не верят, что врач сможет оказать необходимую помощь даже при выявлении депрессии; 23,1 % (18 из 78 чел.) считают это нарушением прав, так как они не обращались за психиатрической помощью. Данные приведены на Рисунке 4.13.

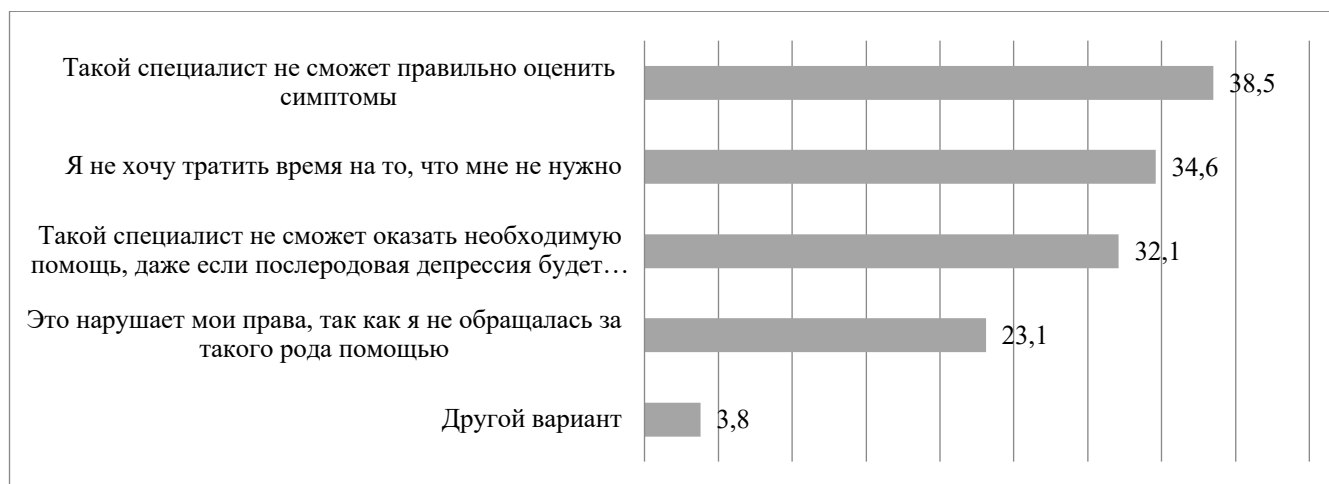


Рисунок 4.13 – Причины, по которым матери (n = 78) считают неприемлемым заполнение опросника на ПРД у специалиста не психиатрического профиля (частота того или иного варианта ответа, %)

Таким образом, основными барьерами выступают недоверие к компетенции врачей не психиатрического профиля, сомнения в эффективности последующих действий, а также отсутствие запроса со стороны самой женщины

Тем не менее, большинство матерей выразили высокую готовность участвовать в скрининге при соблюдении определённых условий (Рисунок 4.14). Так, 93,3 % (336 чел.) согласились бы воспользоваться направлением к профильному специалисту, если бы опросник выявил такую необходимость. Практически столько же, 93,6 % (337 чел.), готовы заполнять опросник даже в том случае, если уверены, что у них нет симптомов ПРД. Почти все участницы, 99,3 % (357 чел.), сообщили, что готовы откровенно отвечать на вопросы опросника. Более двух

третей, 69,9 % (252 чел.), выразили готовность проходить опрос на каждом приёме, а 58,2 % (209 чел.) – не чаще одного раза в год.

Уровень комфорта при участии в процедуре во многом определяется тем, кто обрабатывает её результаты. 77 % (277 чел.) указали, что им было бы удобно, если бы баллы подсчитывал врач, и 52,5 % (189 чел.) – если бы это делала медсестра или ассистент врача. Вместе с тем, 47,5 % (171 чел.) выразили дискомфорт при участии среднего медперсонала в анализе ответов.



Рисунок 4.14 – Отношение матерей детей первого года жизни к условиям проведения скрининга на ПРД (доля выбравших тот или иной вариант ответа, %)

Таким образом, матери в целом положительно относятся к проведению скрининга, при этом подчёркивая важность доверительной атмосферы, профессиональной квалификации специалиста и разумной частоты анкетирования.

Большинство матерей поддержали идею самостоятельного прохождения опросника для выявления симптомов депрессии через мобильное приложение или сайт (Рисунок 4.15). Наиболее популярным условием стала рекомендация от специалиста, 45,3 % (163 чел.) готовы использовать цифровой инструмент, если его посоветует врач. Без дополнительных условий согласны пройти такой опрос 38,1 % (137 чел.). Некоторые женщины подчёркивали важность конфиденциальности: 26,7 % (96 чел.) согласились бы на использование приложения, только если результаты останутся известны только им, а 16,1 % (58 чел.) – при условии полной анонимности. Около пятой части респонденток, 20,0 % (72 чел.), считают допустимой передачу результатов

специалисту. В то же время 6,9 % (25 чел.) заявили, что в любом формате такое тестирование для них неприемлемо.



Рисунок 4.15 – Приемлемость самостоятельного онлайн-скрининга на ПРД среди матерей детей первого года жизни (доля выбравших тот или иной вариант ответа, %)

Таким образом, цифровые инструменты воспринимаются матерями как потенциально удобный и приемлемый формат скрининга при условии сохранения конфиденциальности, а также при наличии профессиональной рекомендации.

В целом, результаты настоящего блока показывают, что потенциал для внедрения скрининга на ПРД среди матерей детей первого года жизни высок, но его реализация зависит от ряда важных условий. При объективно низкой осведомлённости о профессиональных инструментах диагностики ПРД – только 21,9 % женщин (95 % ДИ: 17,7–26,2) знают о существовании анкет, опросников или приложений – большинство демонстрирует высокую готовность участвовать в скрининге. Так, 93,3 % матерей (95 % ДИ: 90,8–95,9) согласились бы воспользоваться направлением к профильному специалисту, если бы опросник выявил необходимость дальнейшей помощи, а 93,6 % (95 % ДИ: 91,1–96,1) готовы заполнять опросник даже при отсутствии субъективных жалоб. Практически все участницы – около 99 % (95 % ДИ: 98,2–100,0) – отмечают готовность откровенно отвечать на вопросы. Более двух третей, 69,9 % (95 % ДИ: 65,3–74,7), согласны проходить опрос на каждом приёме, в то время как 58,2 % (95 % ДИ: 53,0–63,2) предпочли бы не чаще одного раза в год. При этом 76,9 % матерей (95 % ДИ: 72,6–81,3) чувствуют себя комфортно, если обработку результатов осуществляет врач, тогда как участие среднего медперсонала воспринимается более противоречиво: лишь 52,5 % (95 % ДИ: 47,3–57,7) считают приемлемым, что баллы подсчитывает медсестра или ассистент врача, и почти половина, 47,5 % (95 % ДИ: 42,3–52,7), испытывают при этом дискомфорт.

Цифровые инструменты также воспринимаются матерями как потенциально удобный формат скрининга, но при определённых условиях, связанных прежде всего с рекомендацией специалиста и конфиденциальностью данных. Почти половина респонденток, 45,3 % (95 % ДИ: 40,1–50,4), готовы использовать онлайн-опросник по рекомендации врача, а 38,1 % (95 % ДИ: 33,0–43,1) согласны пройти такое тестирование и без дополнительных условий. При этом 26,7 % женщин (95 % ДИ: 22,1–31,2) готовы использовать приложение только в том случае, если результаты останутся известны лишь им самим, 16,1 % (95 % ДИ: 12,3–19,9) – при условии полной анонимности, и только 20,0 % (95 % ДИ: 15,9–24,1) считают приемлемой передачу результатов специалисту. Для 6,9 % матерей (95 % ДИ: 4,3–9,6) любой формат онлайн-скрининга принципиально неприемлем. Таким образом, при высокой общей готовности к участию в скрининге женщины подчёркивают важность доверительной атмосферы, чётко обозначенной роли врача, понятных последующих шагов и строгих гарантий конфиденциальности. Всё это указывает на то, что успешное внедрение скрининга ПРД предполагает не только обоснованный выбор диагностического инструмента, но и формирование прозрачной и понятной для женщин модели его использования, включающей определение ответственных специалистов, правила интерпретации результатов и возможные маршруты дальнейшей помощи.

4.2. Осведомленность о послеродовой депрессии, профессиональный и образовательный опыт в области послеродовой депрессии и отношение к скринингу на нее среди медицинских работников

Осведомленность о ПРД среди медицинских работников

Настоящий блок вопросов был направлен на выявление отношения медицинских работников ($n = 303$) к психоэмоциональным и физическим состояниям, характерным для послеродового периода. При формулировании вопросов, так же, как и в опросе матерей, избегалось использование термина «послеродовая депрессия», что позволило получить более объективную картину представлений специалистов о спектре послеродовых состояний. Вопросы, задаваемые медицинским работникам в этой части опроса отражали типичные симптомы ПРД и были адаптированы из опросника EPDS [153]. Использование одинаковых формулировок позволило сопоставить часть ответов двух групп респондентов.

В начале опроса респондентам предлагались два последовательных вопроса: какие психоэмоциональные и физические состояния можно считать нормальными для женщины через три месяца после родов и какие – через год. Наиболее часто в категорию «нормы» медицинские работники включали хроническую усталость. Её считали естественной в трёхмесячный период

55,1 % респондентов (167 чел.) и спустя год 35,6 % (108 чел.). Недостаток сна и бессонница также воспринимались как нормальные почти третью специалистов через три месяца (32,0 %, 97 чел.) и пятой частью через год (18,5 %, 56 чел.), тогда как избыточная сонливость – 11,6 % (35 чел.) и 11,2 % (34 чел.) соответственно. Чуть менее четверти опрошенных специалистов были склонны считать естественными забывчивость и трудности концентрации (через три месяца – 20,5 %, 62 чел. и через год – 10,9 %, 33 чел.), а также эмоциональные проявления в виде постоянной грусти и плаксивости (20,5 %, 62 чел. и 10,2 %, 31 чел.). Ощущение непосильности ухода за ребёнком и выполнения повседневных дел считали допустимым через три месяца 17,2 % (52 чел.) и через год – только 7,3 % (22 чел.). Небольшая часть специалистов включала в «норму» потерю интереса к тому, что раньше радовало (16,8 %, 51 чел. и 14,2 %, 43 чел.), колебания аппетита (по 16,8 %, 51 чел. и 7,6 %, 23 чел.), чувство вины (7,6 %, 23 чел. и 4,6 %, 14 чел.) или даже ощущение, что женщина больше не будет счастлива (5 %, 15 чел. и 3,3 %, 10 чел.) и мысли о том, что семье было бы лучше без неё – 2 % (6 чел.) и 1,3 % (5 чел.).

При этом почти половина медицинских работников (47,9 %, 145 чел.) указали, что ничего из перечисленного не является нормой через три месяца после родов, и 31,4 % (95 чел.) – через год. Данные представлены на Рисунке 4.16.

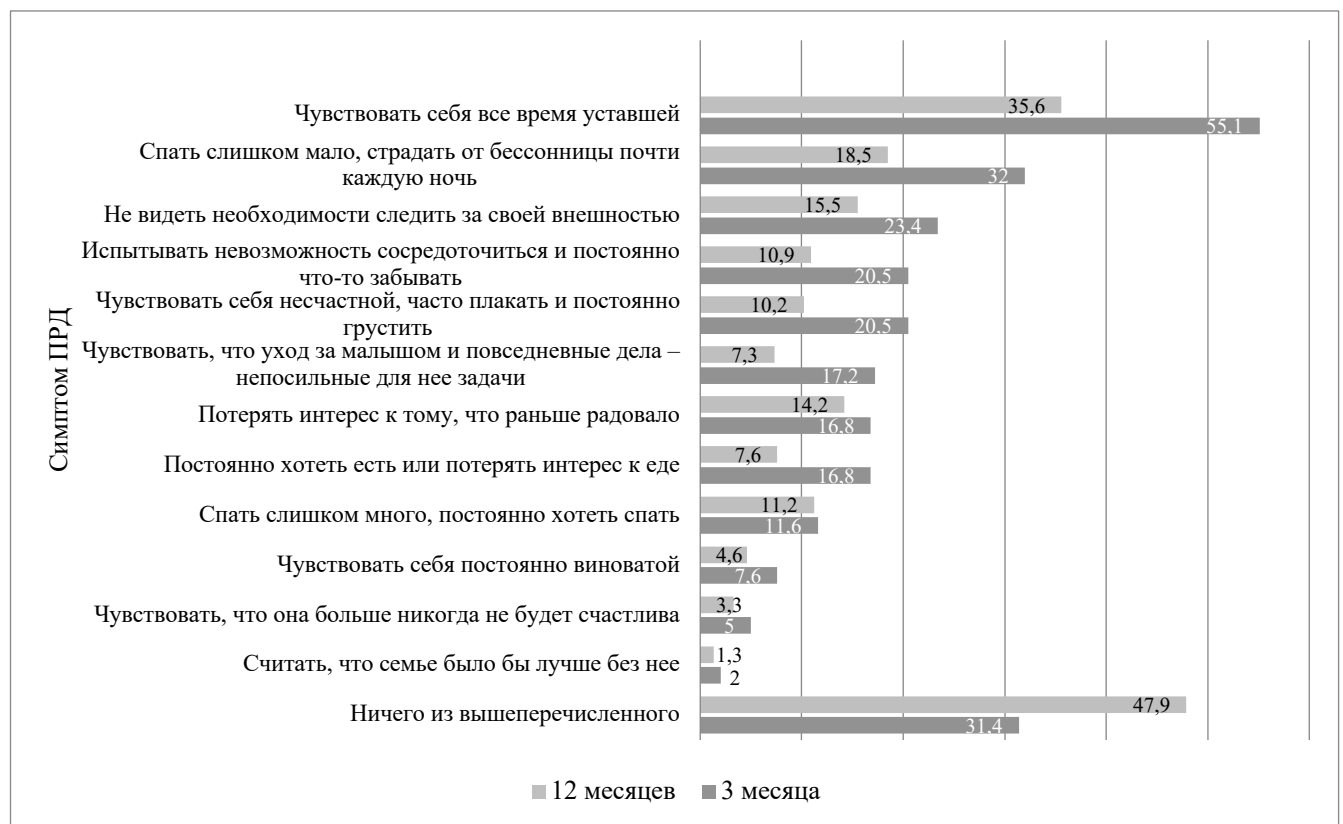


Рисунок 4.16 – Распределение ответов медицинских работников о том, какие симптомы ПРД они считают нормальными через три месяца и через год после родов (частота выбора того или иного варианта ответа, %)

Сравнение с опросом матерей показало, что матери значительно чаще воспринимают симптомы ПРД как «нормальные», чем медицинские работники. Так, постоянную усталость через три месяца после родов считали естественной 71,9 % матерей против 55,1 % специалистов. Нарушения сна также чаще нормализовались женщинами: недостаток сна – 48,6 % матерей и лишь 32 % медиков; избыточная сонливость – 27,5 % против 11,6 %. Когнитивные трудности (невозможность сосредоточиться, забывчивость) воспринимались как норма у 37,8 % матерей и только у 20,5 % специалистов. Постоянное чувство грусти и плаксивость считали естественными 29,4 % матерей и 20,5 % медиков. Особенно заметна разница в отношении тяжёлых переживаний. Так, нормальность ощущения безысходности («чувствовать, что она никогда больше не будет счастлива») через три месяца отмечали 14,4 % матерей и только 5 % специалистов. Суицидальные мысли о том, что семье было бы лучше без нее, считали нормальными 6,7 % матерей и лишь 2 % медицинских работников.

Оценка различий между матерями и медицинскими работниками с использованием таблиц сопряжённости и критерия χ^2 Пирсона показала, что по всем рассматриваемым симптомам доли респондентов, считающих их «нормальными», статистически значимо различаются ($p < 0,05$). Наиболее выраженные расхождения отмечены в оценке хронической усталости, избыточной сонливости, когнитивных трудностей и тяжёлых эмоциональных переживаний: в этих случаях матери существенно чаще нормализовали соответствующие симптомы, тогда как медики относились к ним более критично ($\chi^2 \approx 20$; $p < 0,001$). Существенная разница наблюдалась и в ответах на вопрос о том, что ни один из перечисленных симптомов нельзя считать нормальным ($\chi^2 = 66,1$; $p < 0,001$), что подтверждает: различия носят не случайный характер и отражают систематически более высокую готовность матерей воспринимать проявления ПРД как естественную часть послеродового периода.

Наибольшую опасность представляет тот факт, что обе группы склонны недооценивать именно ключевые диагностические признаки депрессии: хроническую усталость, нарушения сна, когнитивные трудности и эмоциональные расстройства (чувство несчастья, потерю интереса к повседневным занятиям). Это создаёт риск недооценки психоэмоциональных проблем и может приводить к задержке в диагностике и оказании помощи, хронизации депрессивных расстройств и усугубления их последствий для здоровья матери и ребёнка.

В следующем вопросе респондентам был предложен выбор из нескольких формулировок, отражающих разные сценарии развития симптомов, характерных для послеродового периода. Наиболее распространённым ответом было утверждение, что состояние «точно станет лучше со временем»: с этим согласны 29,7 % медицинских работников (90 чел.). Формулировку «скорее всего да, без всякой помощи станет лучше со временем» выбрали 12,9 % специалистов (39 человек). Ещё 12,9 % медицинских работников (также 39 человек) считают, что без помощи

улучшения скорее всего не произойдёт. Вариант «точно нет, со временем станет только хуже» выбрали всего 5,0 % медиков (15 человек). Наиболее дифференцированный ответ, «зависит от проблемы: одни могут разрешиться сами, другие нет», выбрали 39,3 % медицинских работников (119 человек). Таким образом, медики чаще признают вариативность послеродового состояния и необходимость индивидуального подхода.

В целом данные показывают, что значительная часть медицинских работников верит в самопроизвольное улучшение состояния без вмешательства: совокупно 42,6 % (129 человек) выбрали одну из двух формулировок с акцентом на самостоятельное восстановление. Данные представлены на Рисунке 4.17.

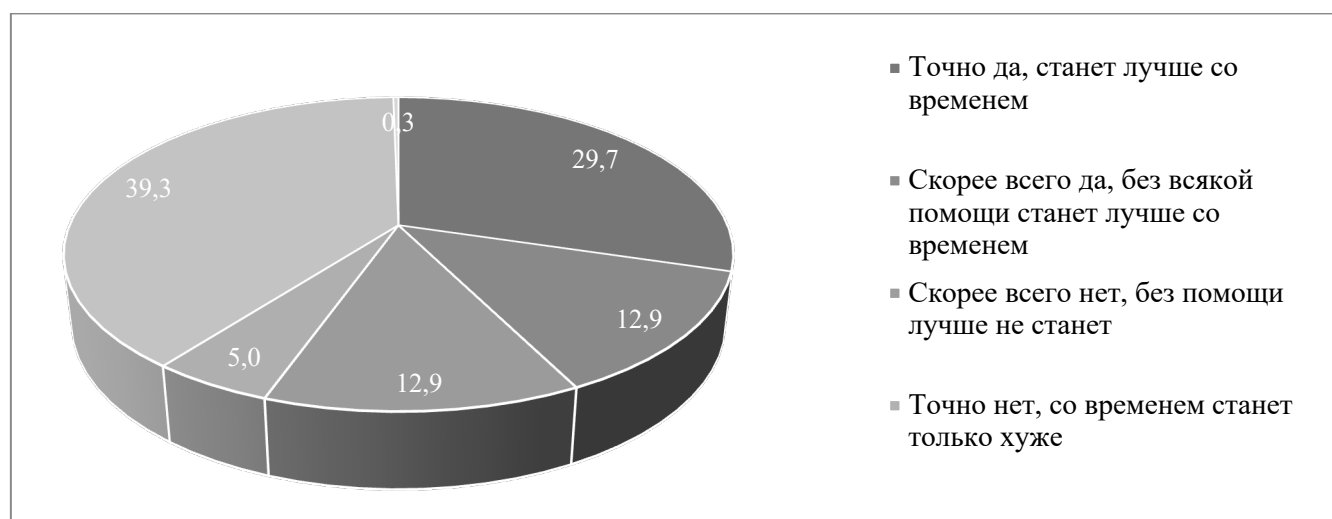


Рисунок 4.17 – Мнение медицинских работников о возможности самопроизвольного улучшения психологического состояния после родов (доля выбравших тот или иной вариант ответа, %)

Сравнение ответов матерей и медицинских работников показывает, что обе группы во многом схожи в своих ожиданиях относительно динамики психоэмоциональных трудностей после родов, но есть и заметные различия. Около трети как матерей (31,5 %), так и специалистов (29,7 %) считают, что со временем состояние улучшится. Однако матери чаще уверены, что улучшение наступит само по себе, без помощи (22,3 % против 12,9 % у медиков). В то же время медицинские работники чаще полагают, что многое зависит от характера проблемы: 39,3 % из них считают, что часть трудностей может пройти самостоятельно, а часть – нет (так ответили 22,3 % матерей). При этом, негативные сценарии («без помощи лучше не станет» или «со временем станет только хуже») чаще отмечали матери: совокупно 24,0 % против 17,9 % у специалистов.

Оценка различий в распределении ответов между матерями и медицинскими работниками с использованием таблиц сопряжённости и критерия χ^2 Пирсона показала статистически значимые расхождения в структуре ожиданий. Так, статистической значимости достигли

варианты «Без всякой помощи станет лучше со временем» ($\chi^2 = 9,77$; $p < 0,002$): матери выбирали этот вариант заметно чаще. И «Зависит от проблемы: один могут разрешиться сами, другие нет» ($\chi^2 = 22,77$; $p < 0,001$): существенно чаще его выбирали медицинские работники. По остальным вариантам ответов статистически значимых различий между группами не получено.

Таким образом, у матерей чаще присутствует установка на самопроизвольное улучшение состояния, что формирует риск позднего обращения за помощью и способствует недооценке серьёзности психоэмоциональных нарушений. Медицинские работники, напротив, чаще считают, что исход зависит от характера проблемы. Это отражает более дифференцированное понимание: часть симптомов действительно может регрессировать без вмешательства, но значительная доля требует профессиональной поддержки. В целом разница в позициях объясняет один из ключевых барьеров ранней диагностики: женщины часто не считают нужным обращаться за помощью, полагаясь на «естественное улучшение», тогда как медицинские работники, даже понимая важность вмешательства, не всегда доносят это до пациенток.

На Рисунке 4.18 представлены ответы медицинских работников на вопрос: «Если мама испытывает какие-то из перечисленных выше проблем, будет ли ей полезно, на ваш взгляд, обратиться за помощью?» Респондентам предлагалось выбрать один из четырёх вариантов ответа, отражающих степень согласия с необходимостью получения помощи. Большинство участников считают обращение за помощью полезным. Так, 50,8 % медицинских работников (154 человека) выбрали вариант «скорее всего да», а «точно да» указали 41,9 % специалистов (127 человек). Совокупно положительные ответы («точно да» + «скорее всего да») составляют 92,7 % среди медиков (281 человек), что говорит о широком признании важности профессиональной помощи.

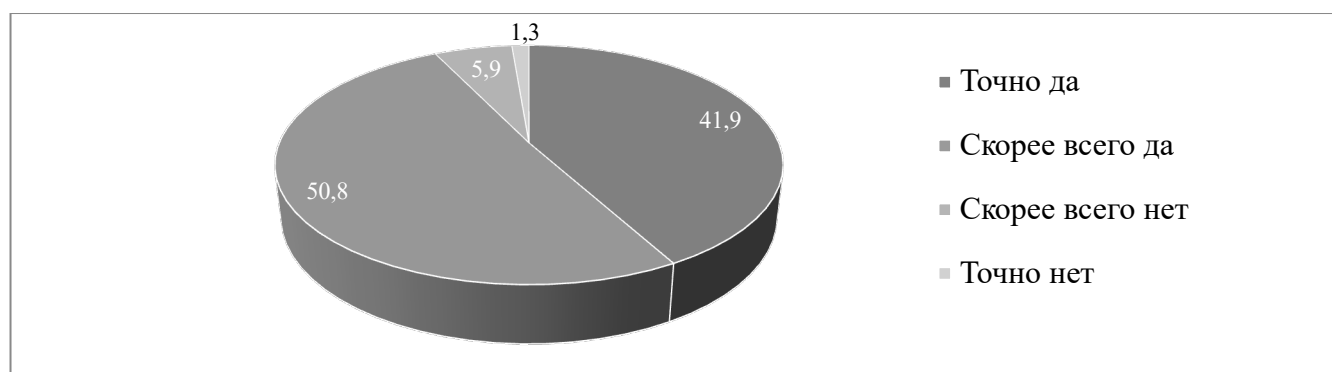


Рисунок 4.18 – Мнение медицинских работников о необходимости обращения за помощью к специалисту при наличии психологических проблем (доля выбравших тот или иной вариант ответа, %)

Сравнение ответов матерей и медицинских работников показывает, что обе группы в целом настроены оптимистично, однако расставляют акценты по-разному. Среди медицинских работников чаще встречалась безусловная уверенность в положительном исходе, а матери чаще

склонялись к более осторожному варианту развития событий: «точно да» выбрали 41,9 % медицинских работников и 31,4 % матерей. Отрицательные ответы встречались редко, но и здесь наблюдается разница: среди матерей «скорее всего нет» отметили 11,4 % против 5,9 % у специалистов. При сопоставлении распределений между группами выявлены статистически значимые различия ($\chi^2 = 12,47$; $p < 0,01$).

Ответы на вопрос кто, по их мнению, может быть полезен женщине, испытывающей психологические трудности после родов, распределились следующим образом. Так, чаще всего полезными были отмечены психологи, их отметили 90,4 % (274 чел.), близкие родственники, которых положительно оценили 81,2 % (246 чел.), близкие друзья (73,9 %, 224 чел.). Психотерапевт признан скорее полезным 72,9 % (221 человек), как и врач общей практики – 60,1 % (182 чел.). Примерно столько же респондентов считают полезной няню (59,7 %, 181 чел.) и помощь по хозяйству (55,4 % (168 чел.)). Духовника или священника отметили 52,5 % (159 чел.), а женщин с похожим опытом – 49,8 % (151 чел.). Психиатр был оценён скорее полезным 48,5 % специалистов (147 чел.). Меньшее число респондентов считает полезными натуропатов, травников или гомеопатов – 20,1 % (61 человек), а также фармацевта в аптеке – 17,8 % (54 человека). Сводные результаты представлены на Рисунке 4.19.



Рисунок 4.19 – Распределение ответов медицинских работников о том, кто может быть полезен женщинам с психологическими трудностями после родов (доля выбравших тот или иной вариант ответа, %)

Таким образом, и матери, и медики на первое место ставят психолога, высокую значимость также придают близким родственникам, близким друзьям. Психотерапевт также воспринимается как полезный обеими категориями респондентов. Однако медицинские работники чаще подчеркивают значимость профессиональной помощи. У матерей заметно больше тех, кто

сомневается или видит в визите к психиатру риск. Также матери чаще, чем медики, рассматривают в качестве полезного ресурса помощницу по хозяйству ($\chi^2 = 10,15$; $p < 0,01$) и других женщин с похожими проблемами (67,5 % против 55,4 % и 61,9 % против 49,8 % соответственно; $p < 0,01$). Различия оказались статистически значимыми: $\chi^2 = 9,81$; $p < 0,01$. В то же время медицинские работники заметно чаще подчёркивают потенциальную пользу духовника/священника (52,5 % против 34,2 %; $\chi^2 = 22,56$; $p < 0,001$), близких родственников (81,2 % против 72,5 %; $\chi^2 = 7,47$; $p < 0,01$), психотерапевта (72,9 % против 63,9 %; $\chi^2 = 6,19$; $p < 0,05$) и особенно врача общей практики (60,1 % против 46,1 %; $\chi^2 = 12,85$; $p < 0,001$). То есть матери больше опираются на неформальную поддержку и бытовую помощь, тогда как медицинские работники в большей степени ориентируются на семью, врача общей практики и специалистов по психотерапии, а также несколько чаще допускают роль духовной поддержки.

Что касается ответа на вопрос, что по мнению медицинских работников, может принести наибольшую пользу женщинам с психологическими трудностями после родов, почти все опрошенные отметили, что отдых, прогулки, физическая активность, релаксация, медитация и йога, а также отказ от употребления алкоголя скорее будут полезными. Так, отдых как полезную меру отметили 98,3 % (298 чел.) респондентов, прогулки – 99 % (300 чел.), релаксацию и медитацию – 92,4 % (280 чел.), физическую активность – 92,1 % (279 чел.), а исключение алкоголя – 86,5 % (262 чел.). Достаточно высоко оценивается и польза приёма витаминов – его поддержали 84,2 % (255 чел.) медиков. Особенную диету считают скорее полезной 42,9 % (130 чел.), а 14,9 % (45 чел.) – скорее вредной. Относительно чтения историй других женщин с похожими проблемами мнения разделились: 38 % (115 чел.) считают это полезным, а 24,8 % (75 чел.) – вредным.

Что касается медикаментозной поддержки, оценки врачей оказались сдержанными. Приём антидепрессантов как полезную меру отметили 27,1 % (82 чел.), в то время как 22,8 % (69 чел.) считают это скорее вредным. Ещё более осторожно респонденты относятся к транквилизаторам, нейролептикам, снотворным и обезболивающим препаратам – большинство считает эти средства либо нейтральными, либо вредными. Например, только 6,6 % (20 чел.) считают приём нейролептиков полезным. Сходное распределение наблюдается и в отношении снотворных и транквилизаторов. Отрицательно медицинские работники оценивают умеренное употребление алкоголя: 72,3 % (219 чел.) считают его скорее вредным, и лишь 11,6 % (35 чел.) видят в этом возможную пользу. Данные представлены на Рисунке 4.20.



Рисунок 4.20 – Распределение ответов медицинских работников о том, что может быть полезно женщинам с психологическими трудностями после родов (доля выбравших тот или иной вариант ответа, %)

Сравнение оценок матерей и медицинских работников показало, что обе группы практически единодушны в высокой значимости немедикаментозных мер. Почти все респонденты считали полезными отдых, прогулки, релаксацию, медитацию или йогу, а также физическую активность и приём витаминов.

Различия проявились в оценке других ресурсов. Матери чаще, чем медики, отмечали пользу чтения историй о людях с похожими проблемами в интернете – 45,6 % матерей против 38,0 % специалистов (различия статистически значимы: $\chi^2 = 3,90$; $p = 0,048$). Особенно заметно расходились мнения относительно алкоголя. Умеренный его приём считали допустимым 11,6 % медиков и 23,9 % матерей ($\chi^2 = 16,79$; $p < 0,001$), при этом большинство специалистов, 72,3 %, называли его вредным, тогда как среди матерей так ответили 45,0 % ($\chi^2 = 50,08$; $p < 0,001$). Исключение алкоголя воспринималось полезным обеими группами, но чаще – медицинскими работниками: 86,5 % медиков против 79,2 % матерей ($\chi^2 = 6,08$; $p = 0,014$).

В отношении медикаментозных мер обе группы проявили настороженность. Приём антидепрессантов считали полезным примерно в равной степени обе категории, но у специалистов была выше доля затруднившихся с ответом: 22,8 % против 16,1 % ($\chi^2 = 4,71$; $p = 0,030$). Приём транквилизаторов и нейролептиков крайне редко назывался полезным: 7,6 % медиков и 4,7 % матерей для транквилизаторов ($\chi^2 = 2,39$; $p = 0,12$). Схожая тенденция наблюдалась и в отношении снотворных: лишь 9,9 % специалистов и 10,0 % матерей оценили их как полезные, тогда как большинство склонялись к негативной оценке. Приём обезболивающих в качестве способа справиться с трудностями считали полезным единицы: 8,3 % специалистов и

18,9 % матерей, тогда как более половины обеих групп отнесли его к бесполезным стратегиям ($\chi^2 = 15,44$; $p < 0,001$).

Таким образом, и матери, и медицинские работники едины во мнении, что наибольшую пользу приносят немедикаментозные меры: отдых, прогулки, физическая активность, релаксация и витамины. При этом матери чаще склонны доверять повседневным и социальным стратегиям (интернет-поддержка, диета, даже умеренный алкоголь), тогда как медики более критичны к этим подходам и категоричнее отвергают потенциально рискованные практики. Оба контингента проявляют осторожность в отношении фармакотерапии, однако матери несколько чаще допускают возможность её пользы, тогда как медики делают акцент на рисках.

В целом результаты опроса в части осведомленности о ПРД показывают, что матери существенно чаще, чем медицинские работники, нормализуют широкий спектр симптомов ПРД. Так, хроническую усталость через три месяца после родов как «нормальную» воспринимают 71,9 % матерей (95% ДИ: 67,3–76,5) против 55,1 % специалистов (95% ДИ: 49,5–60,7). Ещё более выражены различия по тяжёлым переживаниям: ощущение, что женщина «никогда больше не будет счастлива», считают естественным 14,4 % матерей (95% ДИ: 10,8–18,0) и лишь 5,0 % медиков (95% ДИ: 2,5–7,5); суицидальные мысли как «норму» допускают 6,7 % матерей (95% ДИ: 4,1–9,3) и 2,0 % специалистов (95% ДИ: 0,4–3,6). При этом почти половина медицинских работников (47,9 %; 95% ДИ: 42,3–53,5) считают, что ни один из перечисленных симптомов не может быть нормальным через три месяца после родов, тогда как среди матерей так ответили лишь 6,9 % (95% ДИ: 4,3–9,5). Эти данные подтверждают статистически значимые различия и свидетельствуют о систематически более высокой готовности матерей воспринимать даже тяжёлые признаки депрессии как естественные проявления послеродового периода.

Отличия прослеживаются и в ожиданиях относительно динамики состояния и отношения к обращению за помощью. Установка на самопроизвольное улучшение без вмешательства чаще встречается у матерей: что «без всякой помощи станет лучше со временем» считают 22,3 % женщин (95% ДИ: 18,0–26,6) и 12,9 % медицинских работников (95% ДИ: 9,1–16,7). Напротив, формулировку «зависит от проблемы: одни могут разрешиться сами, другие нет» выбирают 39,3 % специалистов (95% ДИ: 33,8–44,8) и 22,3 % матерей (95% ДИ: 18,0–26,6), что отражает более дифференцированный взгляд медиков на возможные исходы. В то же время обе группы в целом признают пользу обращения за помощью: совокупная доля положительных ответов («точно да» и «скорее всего да») составила 87,8 % у матерей (95% ДИ: 84,4–91,2) и 92,7 % у специалистов (95% ДИ: 89,8–95,6). Все различия также статистически значимы. Таким образом, при формально высоком уровне признания необходимости помощи различия в нормализации симптомов и вере в спонтанное улучшение создают важный барьер ранней диагностики: матери чаще

недооценивают серьёзность состояний и откладывают обращение, тогда как часть медицинских работников, хотя и осознаёт риски, не всегда транслирует эту позицию пациенткам.

Мнение медицинских работников о ПРД как о заболевании

В следующей группе вопросов специалистам предлагалось напрямую высказать своё мнение о ПРД. В формулировке уже использовался сам термин, что позволяло оценить осведомлённость в отношении заболевания.

Так в первом вопросе этого блока участникам предлагалось высказать мнение о том, требуется ли женщинам с ПРД помощь специалистов: психолога, психотерапевта или психиатра. Медицинские работники чаще выступали за индивидуальный подход с учётом тяжести состояния, то есть что женщина должна обращаться к любому из специалистов (психологу, психотерапевту или психиатру) в зависимости от выраженности симптомов.: 40,3 % (122 чел.) – В то же время 29,0 % (88 чел.) считают, что женщине необходим психолог, 16,8 % (51 чел.) – что достаточно психолога или психотерапевта, но не психиатра. Психотерапевта как нужного специалиста указали только 9,2 % (28 чел.), а психиатра – 2,0 % (6 чел.). Подход, предполагающий самостоятельное преодоление ПРД, поддержали лишь 0,3 % (1 человек). Вариант «Другое» выбрали 2,3 % (7 человек). Данные обобщены на Рисунке 4.21.

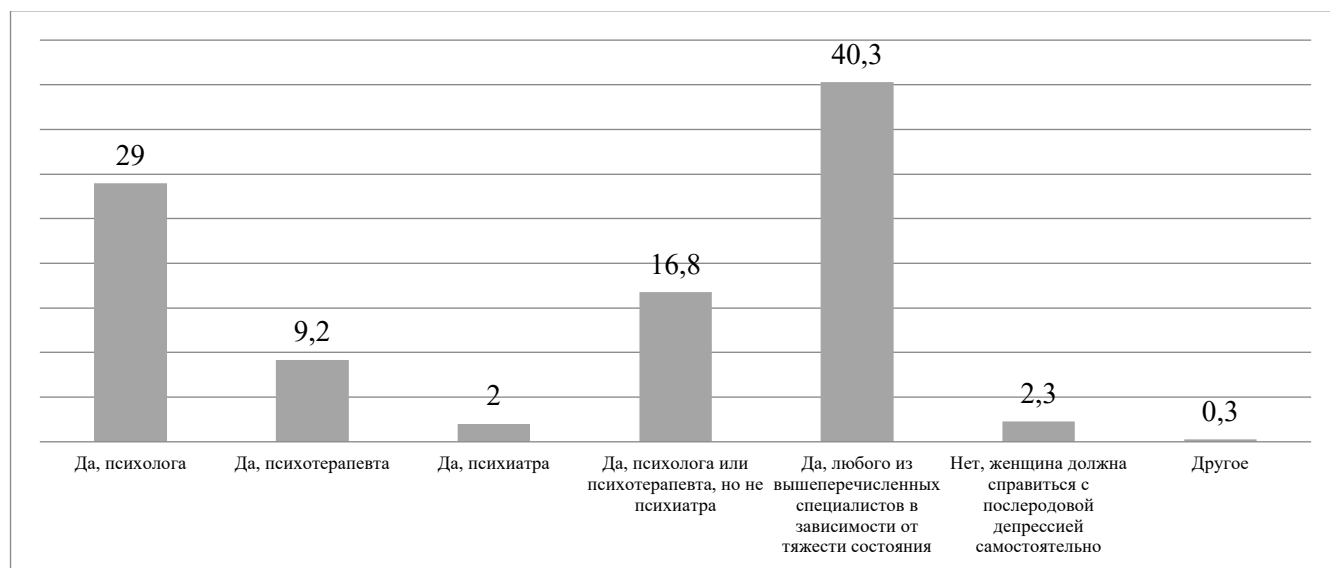


Рисунок 4.21 – Мнение матерей требуется ли женщинам с послеродовой депрессией помощь психолога, психотерапевта или психиатра? (частота выбравших тот или иной вариант ответа, %, множественный выбор)

Матери и медицинские работники по-разному видят, к кому должна обращаться женщина при ПРД. Более половины матерей указали психолога (52,2 %), тогда как среди специалистов этот

вариант назвали лишь 29 %, различия между группами статистически значимы: $\chi^2 = 36,38$; $p < 0,001$. Психотерапевта также чаще выбирали матери (34,2 % против 9,2 % у медиков ($\chi^2 = 58,12$; $p < 0,001$)). Необходимость обращения к психиатру отметили 12,2 % матерей, но всего 2 % специалистов ($\chi^2 = 24,75$; $p < 0,001$). Вместо этого 40,3 % медиков подчеркнули, что выбор специалиста должен зависеть от тяжести состояния, тогда как среди матерей так ответили только 34,2 % ($\chi^2 = 2,63$; $p < 0,001$). Таким образом, матери склонны ориентироваться на помощь психолога и психотерапевта, тогда как медики чаще видят необходимость дифференцированного подхода и в большей степени учитывают роль психиатра. Небольшая доля респондентов обеих групп по-прежнему считает, что женщина должна справляться самостоятельно.

В вопросе оценки вероятности выздоровления женщины с ПРД при условии, что она обратится за помощью к нужному специалисту, большинство медицинских работников проявили оптимизм. Полное выздоровление считают вполне возможным 91,1 % медицинских работников (276 чел.), что указывает на высокий уровень доверия к эффективности профессиональной помощи при послеродовой депрессии. Тем не менее, 6,9 % медицинских работников (21 чел.) полагают, что состояние может улучшиться, но полного выздоровления, скорее всего, не будет. При этом 1,7 % специалистов (5 чел.) считают, что состояние скорее всего останется без изменений. Ещё меньшая доля, 0,3 % (1 чел.), полагают, что при обращении к специалисту состояние может даже ухудшиться. Данные представлены на Рисунке 4.22.

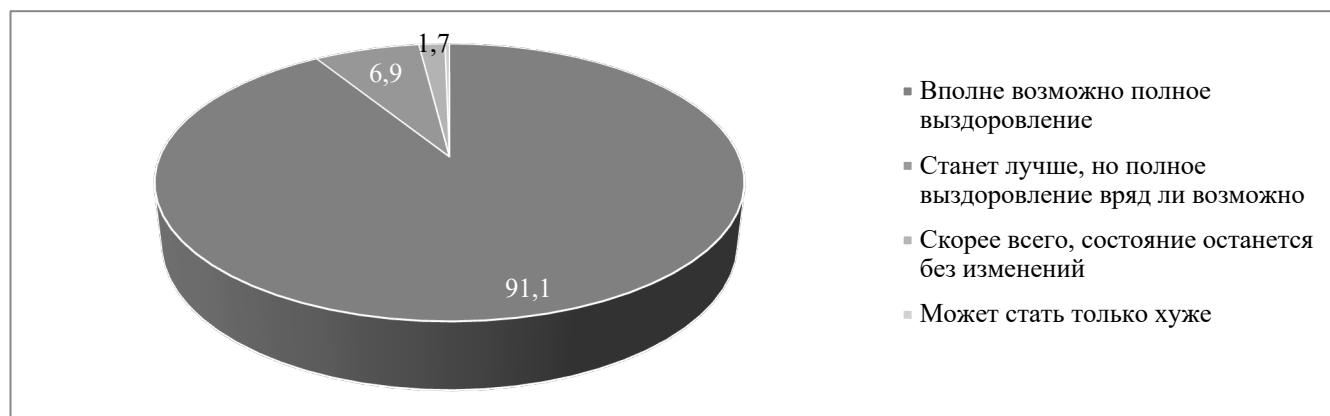


Рисунок 4.22 – Мнения медицинских работников о вероятности выздоровления женщины с ПРД при условии, что она обратится за помощью к нужному специалисту (доля выбравших тот или иной вариант ответа, %)

На вопрос, считают ли они ПРД в целом излечимым заболеванием, подавляющее большинство медицинских работников, 92,4 % (280 чел.), выбрали ответ «да». Однако небольшая доля скептически настроенных все же есть: 1,7 % (5 чел.) считают, что депрессию вылечить нельзя. Остальные 5,9 % (18 чел.) затруднились с ответом.

Таким образом, обе группы в целом демонстрируют позитивный настрой в отношении перспектив лечения ПРД, однако уровень уверенности у медицинских работников немного выше, чем у матерей (98,2 % против 89,2 %). Это может отражать различия в информированности, личном опыте или представлениях о хроническом характере психических расстройств: $\chi^2 \approx 21,4$, $p < 0,001$.

На вопрос о том, считают ли они приём антидепрессантов приемлемым способом лечения послеродовой депрессии, медицинские работники чаще отметили антидепрессанты как допустимый метод лечения ПРД 44,9 % (136 чел.), при этом 37,3 % (113 чел.) не считают этот метод приемлемым, а 17,8 % (54 чел.) затруднились с ответом. Распределение ответов между матерями и медицинскими работниками статистически значимо различается: медики заметно чаще считают приём антидепрессантов приемлемым способом лечения ПРД (44,9 % против 33,1 %), в то время как матери чаще относятся к фармакотерапии настороженно или отрицательно и чаще затрудняются с оценкой ($\chi^2 = 36,4$; $p < 0,001$).

На Диаграмме 4.23 отражены мнения медицинских работников о возможных причинах, по которым женщины с ПРД не обращаются за помощью к специалистам. Наиболее часто называли отсутствие осознания проблемы: 77,9 % медицинских работников (236 чел.) считают, что женщина может не осознавать проблем, требующих помощи психолога, психотерапевта или психиатра. 52,5 % медицинских работников (159 чел.) считают, что женщины объясняют своё состояние физическими причинами: хронической усталостью, недосыпанием, болезнями и т.д. Около половины респондентов указывают на трудности ориентации в системе помощи: 48,5 % специалистов (147 чел.) полагают, что женщины не знают, куда обратиться. Примерно столько же респондентов считают, что женщины склонны приписывать психические нарушения внешним обстоятельствам, таким как конфликты, развод или материальные трудности – этот ответ выбрали 43,7 % специалистов (132 чел.). Финансовые и временные барьеры также значимы: нехватку материальных ресурсов указали 40,3 % специалистов (122 чел.), нехватку времени – 41,3 % медиков (125 чел.).

Социальные и стигматизирующие причины не обращения за помощью также остаются актуальными. Так, по 35,3 % медиков (107 чел.) считают, что обращение за помощью воспринимается женщинами как признак слабости или чувствуют стыд при обращении к психологу, психотерапевту или психиатру. Опасения, что обращение за психиатрической помощью может повлечь негативные последствия, разделяют 35,0 % медицинских работников (106 чел.). Некоторые женщины, по мнению респондентов, не признают сам факт существования такого состояния, как ПРД депрессия: 38,6 % специалистов (117 чел.) отметили этот вариант.

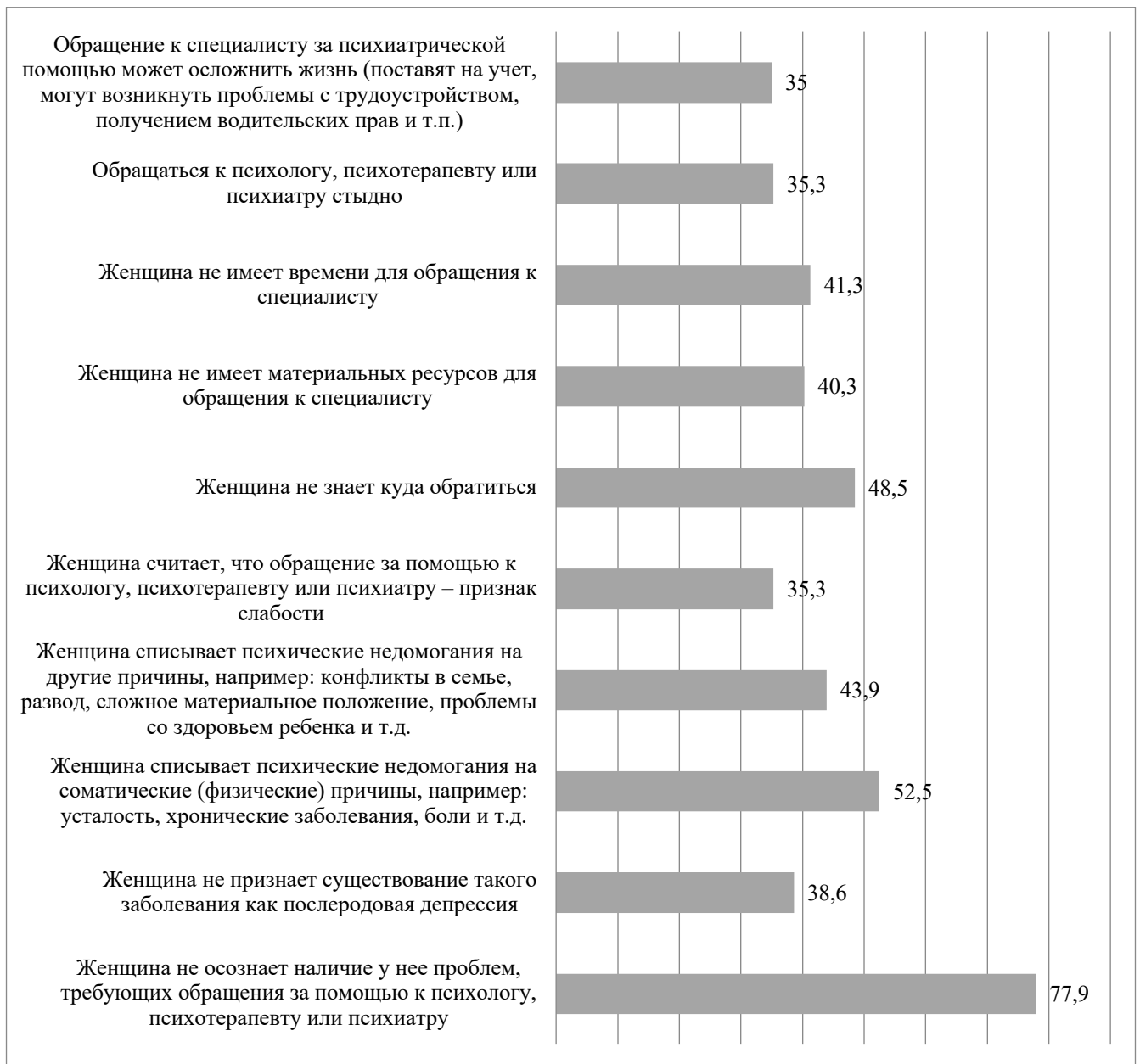


Рисунок 4.23 – Мнение медицинских работников о возможных причинах отказа женщин с ПРД от обращения за психологической или психиатрической помощью (частота указавших тот или иной вариант ответа, %)

Сравнение ответов медицинских работников и матерей показывает, что единственный барьер, по которому выявлены чётко выраженные статистически значимые различия – недостаток материальных ресурсов. Его называют 55,0 % матерей и 40,3 % медицинских работников ($\chi^2 = 14,31$; $p < 0,001$), то есть матери существенно чаще воспринимают финансовые трудности как препятствие к обращению за помощью. По нехватке времени 45,8 % матерей и 41,3 % медиков отмечают этот барьер, однако различия статистически незначимы ($\chi^2 = 1,40$; $p = 0,24$).

При этом мнение об отсутствии осознания проблемы остаётся ведущей причиной в обеих группах: 72,8 % матерей и 77,9 % медиков считают, что женщина может не понимать, что ей нужна помощь. При этом различия между группами статистически незначимы ($\chi^2 = 2,30$; $p = 0,13$).

Объяснение состояния физическими причинами (51,1 % матерей и 52,5 % медиков) и внешними обстоятельствами (41,7 % и 43,7 % соответственно) также распределяются практически одинаково ($\chi^2 = 0,12$; $p = 0,73$ и $\chi^2 = 0,24$; $p = 0,62$). Как и трудности в ориентации в системе помощи: так ответилим 48,9 % матерей и 48,5 % медиков ($\chi^2 = 0,01$; $p = 0,92$), а также по восприятию обращения за помощью как признака слабости: по 35,3 % в обеих группах ($\chi^2 \approx 0,00$; $p = 0,99$).

По стигматизирующим и ценностным причинам различия в основном носят характер тенденций и статистически незначимы. Стыд при обращении за помощью указали 29,4 % матерей и 35,3 % медиков ($\chi^2 = 2,60$; $p = 0,11$), страх негативных последствий психиатрической помощи – 28,1 % и 35,0 % соответственно ($\chi^2 = 3,68$; $p = 0,055$), отрицание самой ПРД – 45,8 % матерей и 38,6 % медиков ($\chi^2 = 3,51$; $p = 0,061$). Формально эти различия не достигают уровня $p < 0,05$, хотя указывают на несколько более частое упоминание данных барьеров матерями. В сумме результаты показывают, что структуры ответов двух групп по большинству причин сходны, но матери существенно чаще подчёркивают финансовые ограничения как препятствие к обращению за помощью.

На Диаграмме 4.24 представлены ответы медицинских работников на утверждения, касающиеся понимания ПРД, её влияния, диагностических ресурсов и доступности помощи. Почти все специалисты согласны с тем, что лечение этого заболевания должно быть бесплатным – этот вариант отметили 95 % (288 чел.). Большинство медицинских работников признают, что женщина может не осознавать наличие заболевания – с этим утверждением согласны 90,4 % (274 чел.). С тем, что без лечения состояние будет усугубляться, согласны 69,3 % специалистов (210 чел.), 16,2 % затруднились с ответом (49 чел.), а 14,5 % (44 чел.) не согласны. Более половины медиков (62,7 %, 190 чел.) согласны с утверждением, что ПРД оказывает долгосрочное влияние на здоровье. Уверенность в способности распознать ПРД у пациенток выразили 61,7 % специалистов (187 чел.). При этом только 50,2 % медицинских работников (152 чел.) уверены, что смогут распознать ПРД у себя.

Что касается оценки ресурсов здравоохранения, мнения медиков разделились: 50,8 % (154 чел.) считают, что система располагает всем необходимым для лечения ПРД, а 44,6 % (135 чел.) – что ресурсы есть и для диагностики. С утверждением, что ПРД – это просто естественные послеродовые симптомы, согласились 31,4 % специалистов (95 чел.), но почти половина (47,2 %, 143 чел.) не согласны, что свидетельствует о понимании различия между нормальными эмоциональными колебаниями и клиническим расстройством.

Также 71,6 % (217 чел.) не поддерживают мнение, что ПРД можно лечить только если мать не кормит грудью. Наконец, лишь 5,6 % специалистов (17 чел.) сомневаются в принципиальной

излечимости ПРД, тогда как подавляющее большинство (83,2 %) уверены, что заболевание можно вылечить.

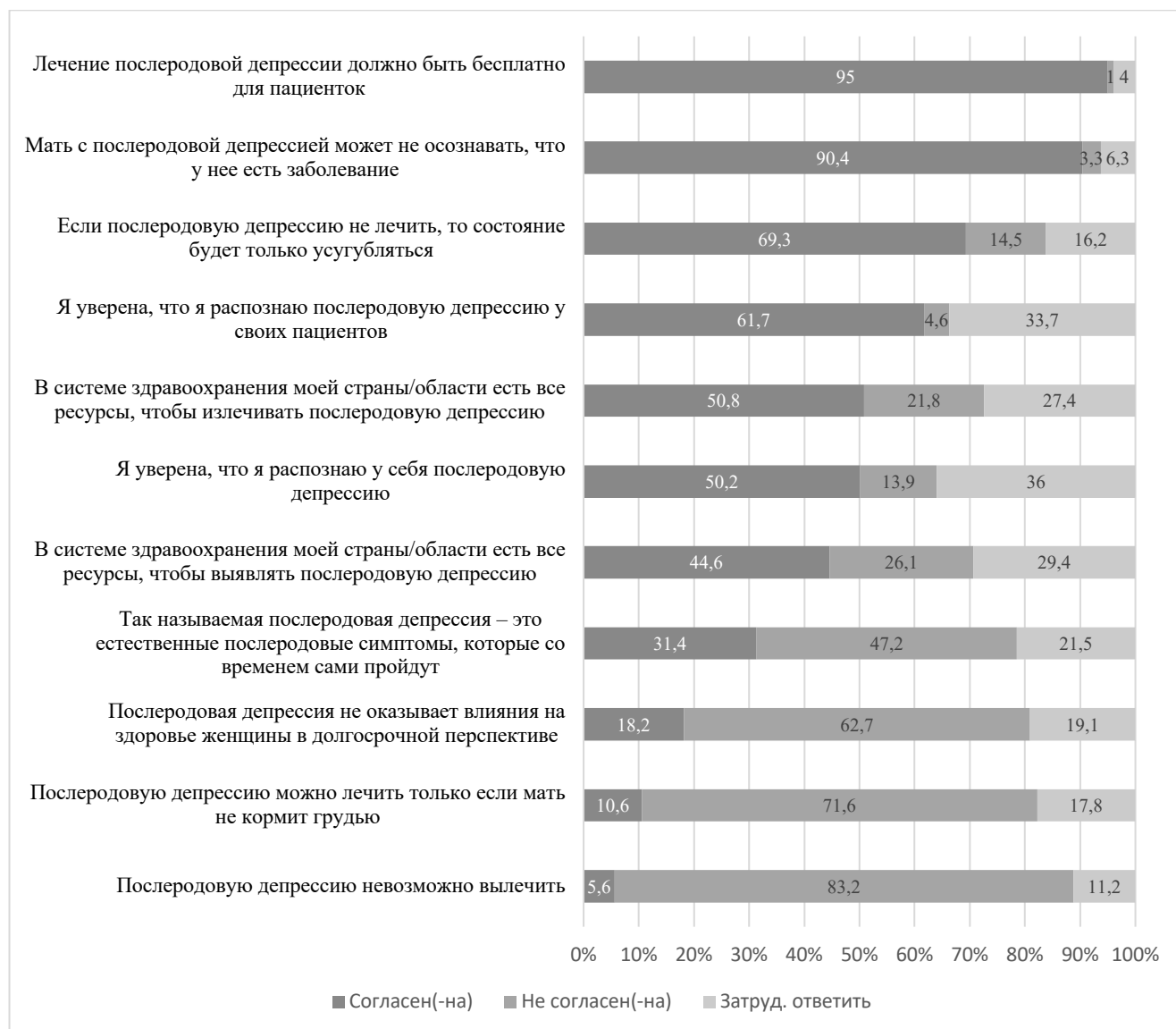


Рисунок 4.24 – Мнение медицинских работников о доступности ресурсов для лечения ПРД, последствиях ПРД и способности ее распознать (доля выбравших тот или иной вариант ответа, %)

Сопоставление ответов матерей и медицинских работников показывает, что по ряду позиций их представления существенно расходятся. Наиболее разительные различия касаются вопроса о бесплатности лечения: лишь 18,6 % матерей согласны с тем, что лечение ПРД в их регионе действительно бесплатно, тогда как среди медицинских работников доля утвердительных ответов достигает 95,0 %; различия крайне значимы ($\chi^2 = 386,5$; $p < 0,001$). Медики также чаще признают долгосрочные последствия ПРД для здоровья: с этим согласны 62,7 % специалистов против 53,9 % матерей, что соответствует статистически значимому, хотя и умеренному различию ($\chi^2 = 5,25$; $p = 0,022$).

Оценка ресурсов системы здравоохранения также различается. С тем, что в системе есть всё необходимое для лечения ПРД, согласны 50,8 % медицинских работников и 31,9 % матерей ($\chi^2 = 24,32$; $p < 0,001$), а наличие ресурсов для её выявления признают 44,6 % и 25,0 % соответственно ($\chi^2 = 28,06$; $p < 0,001$). Таким образом, специалисты значительно чаще, чем матери, считают систему здравоохранения оснащённой для диагностики и терапии ПРД. В то же время уверенность в собственной способности распознать ПРД у себя несколько выше у матерей (57,5 % против 50,2 % у медиков), однако это различие не достигает статистической значимости ($\chi^2 = 3,57$; $p = 0,059$).

В целом результаты этого блока показывают, что медицинские работники ориентируются в проблематике ПРД и преимущественно воспринимают её как серьёзное, но излечимое психическое расстройство, требующее профессиональной помощи. Большинство специалистов выступают за обращение женщин к психологу, психотерапевту или психиатру, причём доминирует позиция о необходимости дифференцированного выбора специалиста в зависимости от тяжести состояния. ПРД в целом считают излечимым 92,4 % медиков (95% ДИ: 89,4–95,4), а возможность полного выздоровления при обращении к нужному специалисту допускает свыше 90 % опрошенных. По сравнению с матерями уровень уверенности медиков в успешности лечения заметно выше (различия статистически значимы, $\chi^2 \approx 21,4$; $p < 0,001$), что, вероятно, отражает более высокий уровень информированности о современных методах терапии.

Отношение специалистов к лечебным стратегиям также носит более клинически ориентированный характер. Медики значительно чаще, чем матери, считают приём антидепрессантов приемлемым вариантом терапии ПРД (44,9 % против 33,1 %; $\chi^2 = 36,4$; $p < 0,001$), хотя примерно треть респондентов по-прежнему настроена настороженно и часть затрудняется с оценкой. Подавляющее большинство не поддерживает распространённые мифы о том, что ПРД можно лечить только после прекращения грудного вскармливания или что она не поддаётся лечению, — лишь 5–6 % специалистов выражают сомнения в принципиальной излечимости расстройства.

При оценке причин, по которым женщины не обращаются за помощью, медицинские работники демонстрируют хорошее понимание ключевых барьеров: чаще всего они указывают отсутствие осознания проблемы, объяснение симптомов физическими причинами, трудности ориентации в системе помощи и влияние стигмы. По большинству этих позиций их ответы близки к ответам матерей ($p > 0,05$), что говорит о схожем видении структуры барьеров «изнутри» системы и со стороны пациенток. Единственным барьером, по которому различия между группами выражены, оказывается недостаток материальных ресурсов: его существенно чаще упоминают сами матери (55,0 % против 40,3 % у медиков; $\chi^2 = 14,31$; $p < 0,001$), что подчёркивает важность финансовой доступности услуг в глазах пациенток.

Наконец, медицинские работники в большей степени, чем матери, доверяют возможностям системы здравоохранения: половина специалистов согласна, что система располагает необходимыми ресурсами для лечения ПРД (50,8 %; 95% ДИ: 45,2–56,4) и почти столько же – для её выявления (44,6 %; 95% ДИ: 39,0–50,2), тогда как среди матерей доли согласных существенно ниже ($\chi^2 = 24,32$ и $28,06$; $p < 0,001$). В то же время около половины медиков признают, что не всегда уверены в собственной способности распознать ПРД у себя, а часть специалистов склонна считать отдельные симптомы естественными послеродовыми проявлениями. Это указывает на то, что, несмотря на в целом высокий уровень осведомлённости и доверия к эффективности лечения, медицинские работники нуждаются в дальнейшем целенаправленном обучении по раннему распознаванию ПРД и стратегии снижения барьеров к обращению за помощью.

Профессиональный и образовательный опыт среди медицинских работников

Следующий блок вопросов направлен на оценку профессиональной осведомлённости медицинских работников в области ПРД. В первом вопросе респондентам предлагалось вспомнить, затрагивались ли вопросы диагностики, лечения и профилактики ПРД в образовательных программах: в вузе, колледже или при повышении квалификации. Согласно результатам (Рисунок 4.25), 63,4 % медицинских работников (192 чел.) указали, что такие темы действительно входили в их учебную подготовку. При этом 25,4 % (77 чел.) ответили, что не изучали ПРД в рамках профессионального обучения, а ещё 11,2 % (34 чел.) затруднились с ответом или не помнят. Таким образом, хотя большинство специалистов имели хотя бы базовое представление о ПРД из учебных программ, почти каждый третий участник опроса не вспоминает такого раздела в своей образовательной траектории, что может указывать на недостаточную системность преподавания этой темы в медицинском образовании.

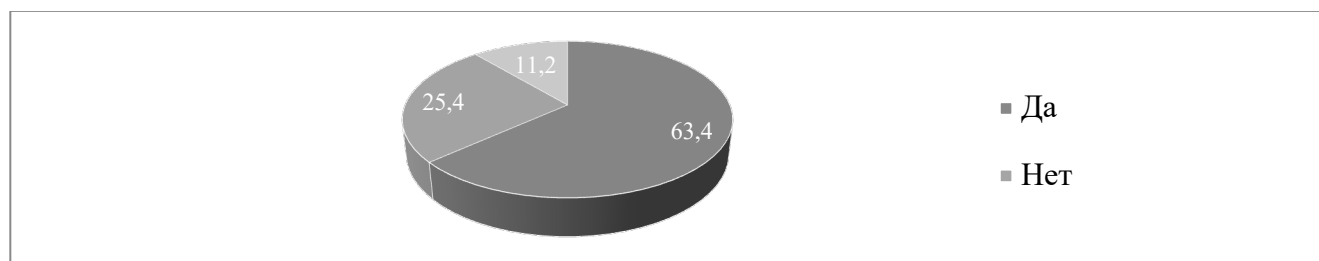


Рисунок 4.25 – Распределение ответов медицинских работников об опыте изучения диагностики, лечения и профилактики ПРД в рамках профессионального обучения (доля выбравших тот или иной вариант ответа, %)

При ответах на вопрос об оценке собственного уровня знаний о ПРД, наиболее распространённой оказался вариант «средний уровень», её выбрали 61,4 % респондентов (186 чел.). Низкий уровень знаний отметили 19,1 % (58 чел.), а высокий лишь 10,9 % (33 чел.). Ещё 8,6 % (26 чел.) затруднились с ответом. Таким образом, большинство специалистов оценивают свою осведомлённость как среднюю, тогда как высокий уровень знаний о ПРД признаёт лишь каждый десятый. Это согласуется с выраженной потребностью в дополнительном обучении по данной теме.

Так, на вопрос, нуждаются ли они в профессиональном углублении знаний, касающемся диагностики и лечения ПРД, более трех четвертей респондентов ответили утвердительно: 29,4 % (88 чел.) выбрали вариант «определённо да», ещё 48,5 % (149 чел.) – «скорее да». Лишь 18,8 % (58 чел.) ответили «скорее нет», а 3,3 % (8 чел.) – «определённо нет». Данные представлены на Рисунке 4.26.

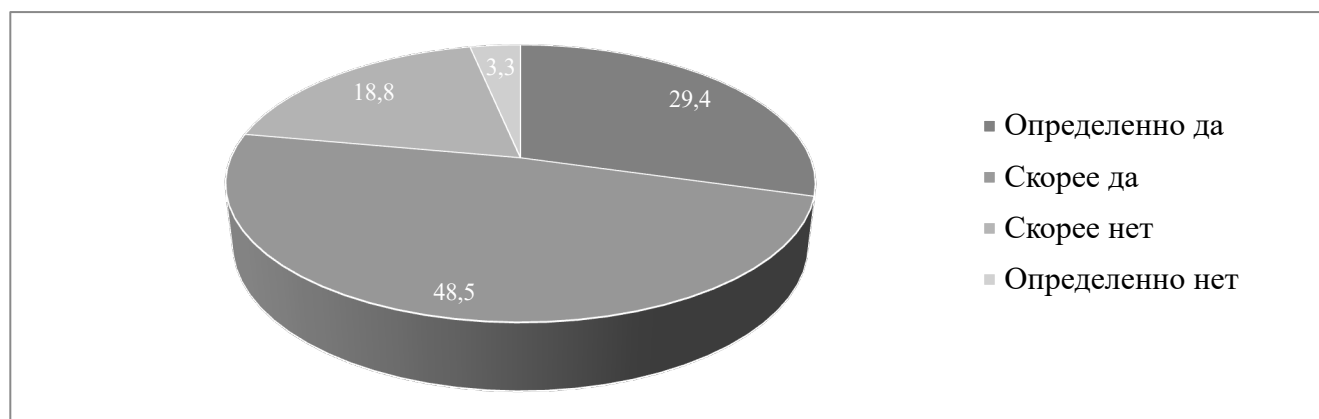


Рисунок 4.26 – Распределение ответов медицинских работников об оценке необходимости дополнительного профессионального обучения (доля выбравших тот или иной вариант ответа, %)

На вопрос о том, насколько часто они затрагивают психологические аспекты состояния пациентов в ходе приёма, большинство медицинских работников ответили, что иногда делают это по необходимости. Такой вариант выбрали 62,4 % респондентов (189 чел.), при том, что всегда обсуждают психологическое состояние всех пациентов 26,7 % (81 чел.). Всего 10,9 % (33 чел.) отметили, что никогда не поднимают подобных тем в клиническом общении. Среди тех, кто указал, что никогда не обсуждает с пациентами психологические проблемы, основными причинами оказались отсутствие соответствующей квалификации и убеждение, что это не входит в их профессиональные обязанности: по 51,5 % (17 чел.) выбрали каждый из этих вариантов. Ещё 15,2 % (5 человек) отметили нехватку времени на приёме как препятствие для обсуждения психоэмоционального состояния.

Результаты этого блока показывают, что профессиональная осведомлённость медицинских работников о ПРД остаётся фрагментарной. Вопросы диагностики, лечения и профилактики ПРД в образовательных программах (вуз, колледж, повышение квалификации) 63,4 % специалистов (95% ДИ: 57,9–68,8), тогда как четверть респондентов сообщила, что не изучала эту тему (25,4 %; 95% ДИ: 20,5–30,3), а ещё 11,2 % (95% ДИ: 7,7–14,8) затруднились с ответом. При самооценке уровня знаний большинство характеризуют его как «средний» – 61,4 % (95% ДИ: 55,9–66,9). На этом фоне очень показательна выраженная потребность в дальнейшем обучении: в профессиональном углублении знаний по диагностике и лечению ПРД «определённо да» или «скорее да» нуждаются 78,2 % опрошенных (95% ДИ: 73,6–82,9). Это подчёркивает, что даже при наличии базового знакомства с темой значительная часть специалистов ощущает дефицит структурированных знаний.

В клинической практике психологический компонент состояния пациенток учитывается нерегулярно. Иногда обсуждают психоэмоциональные аспекты «по необходимости» 62,4 % медицинских работников (95% ДИ: 56,9–67,8), всегда – только 26,7 % (95% ДИ: 21,7–31,7), тогда как 10,9 % (95% ДИ: 7,4–14,4) никогда не поднимают с пациентами тему психологических трудностей. Среди тех, кто вовсе не обсуждает психические проблемы, ведущими причинами выступают ощущение недостаточной квалификации и убеждённость, что это «не их зона ответственности», а также дефицит времени. В совокупности это указывает на разрыв между осознанием важности психоэмоционального состояния и реальной практикой: медики демонстрируют готовность учиться и признают значение ПРД, но нуждаются в целенаправленном обучении и чётком закреплении роли каждого специалиста в выявлении и обсуждении ПРД.

Отношение к скринингу, препятствия и условия для его внедрения

В рамках этого блока были получены ответы медицинских работников на вопросы об отношении к скринингу на ПРД, их восприятие целесообразности и допустимости скрининга, готовность к участию или проведению, а также выявлены ключевые барьеры и условия, при которых скрининговые мероприятия могут быть внедрены в практику. Сопоставление позиций двух целевых групп позволило глубже понять, какие факторы препятствуют раннему выявлению ПРД и что необходимо для эффективной реализации программы скрининга в системе здравоохранения.

В первом вопросе респондентам предлагалось ответить, знакомы ли они с какими-либо профессиональными инструментами для диагностики ПРД, анкетами, опросниками или мобильными приложениями. Положительно ответили всего чуть более половины медицинских

работников 53,1 % (161 чел.). На аналогичный вопрос в опросе матерей, среди матерей уровень осведомлённости оказался еще ниже: только 21,9 % (79 чел.) указали, что знают о существовании подобных инструментов. Таким образом, почти половина медицинских работников и более трех четвертей матерей не осведомлены о существующих инструментах для скрининга послеродовой депрессии. Этот дефицит знаний можно рассматривать как один из ключевых барьеров для внедрения скрининга в практическое здравоохранение и для формирования устойчивого спроса на раннее выявление со стороны пациенток.

Для оценки перспектив внедрения рутинного скрининга на ПРД в систему оказания ПСМП было важно проанализировать отношение к данной практике среди медицинских работников. Выяснилось, что абсолютное большинство медицинских работников положительно относятся к идее проведения скрининга на приёмах у специалистов не психиатрического профиля, таких как акушеры-гинекологи, педиатры или неонатологи. Так, 94,5 % опрошенных (286 чел.) поддерживают инициативу регулярного выявления депрессивной симптоматики у всех матерей, имеющих детей младшего возраста. Лишь 5,5 % (17 чел.) выразили отрицательное отношение.

Среди медицинских работников, выразивших отрицательное отношение, основными причинами стали убежденность в том, что скрининг должен проводиться только профильным специалистом, а также мнение, что подобное вмешательство нарушает права женщин, если они не обращались за психиатрической помощью (по 60 %, 10 чел.). Ещё 13,3 % (2 человека) указали, что опасаются негативной реакции пациентки при выявлении симптомов. Данные представлены на Рисунке 4.27.

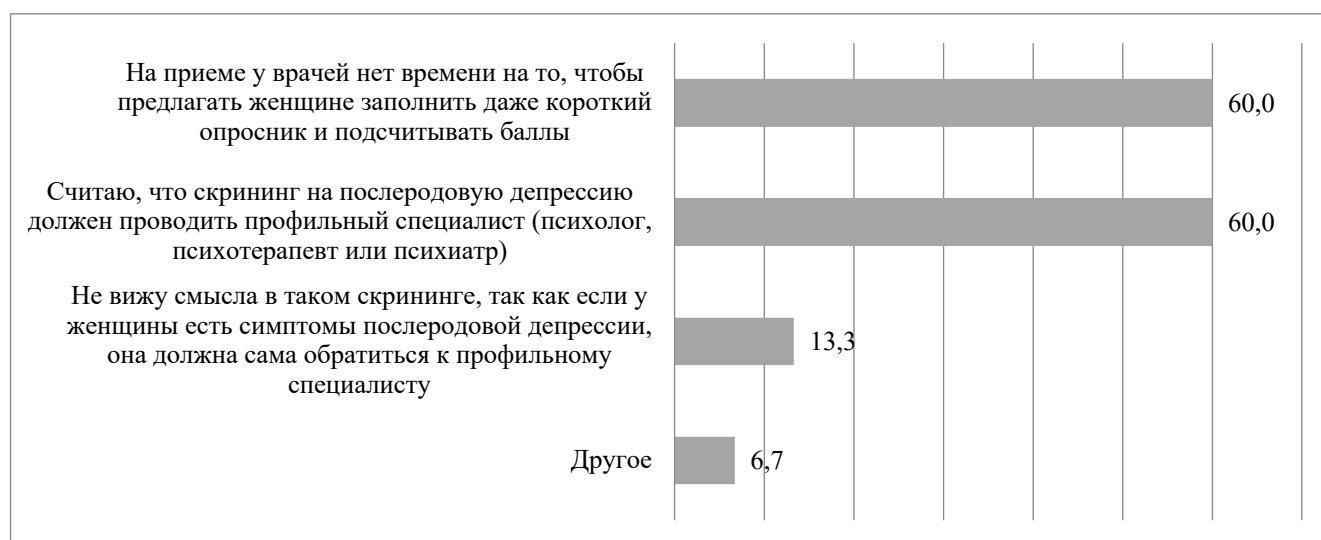


Рисунок 4.27 – Распределение ответов медицинских работников о причинах их отрицательного отношения к рутинному скринингу на послеродовую депрессию (частота выбравших тот или иной вариант ответа, %)

Среди факторов, которые, по мнению медицинских работников (Рисунок 4.28), могут способствовать успешному внедрению скрининга на ПРД, наибольшее значение имеет простота заполнения опросника, её отметили почти три четверти респондентов (74,3 %, 225 чел.). Также важным условием специалисты считают дополнительное обучение по вопросам диагностики и лечения ПРД (54,1 %, 164 чел.), и наличие доказательной базы эффективности скрининга (49,8 %, 151 чел.). Около трети респондентов отмечали важными такие факторы, как увеличение времени на приёме (39,3 %, 119 чел.), скорость заполнения (33,7 %, 102 чел.) и финансовое стимулирование (31 %, 94 чел.). Это указывает на то, что мотивация персонала в первую очередь связана с методологической и организационной доступностью инструмента, а не с прямым материальным поощрением.



Рисунок 4.28 – Распределение ответов медицинских работников о факторах, способствующих успешному внедрению скрининга на ПРД (частота выбравших тот или иной вариант ответа, %)

Среди потенциальных препятствий для внедрения скрининга на ПРД (Рисунок 4.29), по мнению медицинских работников, наибольшее значение имеет дефицит времени на приёме, его отметили 79,5 % респондентов (241 чел.). Также значимыми барьерами названы нежелание женщин обсуждать симптомы депрессии (53,8 %, 163 чел.), недооценка проблемы со стороны медиков (44,6 %, 135 чел.) и недостаточная квалификация специалистов (40,3 %, 122 чел.). Треть респондентов (33,3 %, 101 чел.) указала, что женщины могут воспринимать ПРД как вымышленную или несерьёзную проблему.

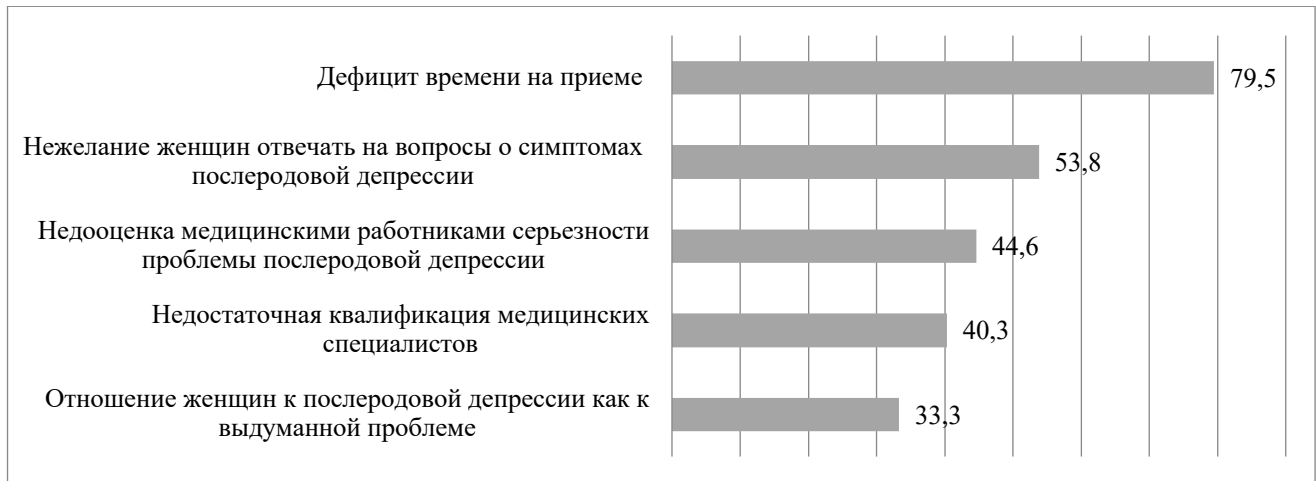


Рисунок 4.29 – Распределение ответов медицинских работников о факторах, препятствующих успешному внедрению скрининга на ПРД по мнению медицинских работников (частота выбравших тот или иной вариант ответа, %)

Результаты этого блока показывают, что исходный уровень осведомлённости о скрининге на ПРД остаётся недостаточным как среди медицинских работников, так и среди матерей, причём особенно выражен дефицит знаний у пациенток. С профессиональными инструментами диагностики ПРД (анкеты, опросники, приложения) знакомы 53,1 % медицинских работников (95% ДИ: 47,5–58,8), тогда как среди матерей осведомлены лишь 21,9 % (95% ДИ: 17,7–26,2), что можно рассматривать как важный барьер для внедрения скрининга и формирования осознанного запроса на помощь.

При этом отношение медицинских работников к самому скринингу в целом явно позитивное. Идею рутинного выявления симптомов ПРД на приёмах у специалистов не психиатрического профиля поддерживают 94,5 % медицинских работников (95% ДИ: 91,8–97,0), что создаёт благоприятную основу для внедрения программы при наличии организационных и методических условий.

Одновременно выявлен и спектр препятствий, которые сдерживают интеграцию скрининга в практику. Наиболее серьёзным барьером выступает дефицит времени на приёме: а также нежелание женщин обсуждать депрессивную симптоматику, недооценку проблемы со стороны самих медработников и недостаточную квалификацию. В совокупности результаты показывают, что для успешного внедрения скрининга на ПРД необходима не только технически простая и доказательная методика, но и комплексная работа по снижению временной нагрузки, повышению компетенций медиков и изменению установок как у специалистов, так и у пациенток.

Таким образом, осведомлённость о ПРД у медицинских работников выше, чем у матерей, однако и среди них остаются пробелы в знании специализированных опросников и подходов к лечению; тогда как большинство матерей знакомы с ПРД лишь в общих чертах. Женщины нередко воспринимают симптомы ПРД как «норму» послеродового периода и поэтому не

считают нужным обращаться за помощью; медицинские работники также иногда склонны к подобной нормализации, хотя и в меньшей степени. При этом матери постоянно сталкиваются с эмоциональными нарушениями после родов, но обращаются за психологической или психиатрической помощью крайне редко. Отсутствие предложения пройти диагностику со стороны специалистов дополнительно ограничивает выявление расстройств.

И матери, и медики в целом поддерживают идею рутинного скрининга вне психиатрических приемов; при этом медики подчёркивают важность простого и понятного инструмента, а матери – доверительную обстановку и конфиденциальность процедуры. Ключевыми условиями успешного внедрения скрининга специалисты называют лаконичность анкет, обучение персонала и чёткий маршрут направления пациенток; препятствиями видят дефицит времени на приёме, возможное нежелание женщин обсуждать тему депрессии и сомнения в собственных компетенциях. Матери готовы заполнять анкеты как на приёме, так и в цифровом формате, если сохранена конфиденциальность результатов и есть рекомендация врача; полностью отвергает скрининг лишь небольшая часть респондентов.

Для обеих групп остаётся важной задача повышения информированности: медицинским работникам – о методах раннего выявления и современном лечении ПРД, матерям – о том, что депрессивные симптомы после родов поддаются эффективной коррекции и не являются «слабостью» или «частью нормы». В совокупности данные главы показывают, что потенциал для раннего выявления ПРД в амбулаторном звене высок, но его реализация требует упрощённых инструментов, дополнительного обучения персонала и активного информирования женщин.

ГЛАВА 5. КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СКРИНИНГА НА ПОСЛЕРОДОВУЮ ДЕПРЕССИЮ

5.1. Модель скрининга и оценка её организационной эффективности: выявляемость, излечиваемость и затраты

Исходя из заложенных в модель числа женщин, родивших детей в течение года, доли многоплодных беременностей и охвата детей профилактическими осмотрами потенциально подлежат скринингу в год в г. Москве 113 776 матерей. С учетом отказов от опроса число прошедших скрининг женщин составит:

- 89 883,3 чел. на первом этапе в 1 месяц после родов;
- 71 512,1 чел. на втором этапе в 3 месяца;
- 41 435,4 чел. на третьем этапе в 9 месяцев.

В этих группах, соответственно, будет выявлено 53 037,0. В том числе:

1) 22 169,4 случаев предпороговой стадии ПРД, из них:

- 9 720,4 случаев на первом этапе;
- 7 968,0 случаев на втором этапе;
- 4 481,0 случаев третьем этапе.

2) 24 450,1 случаев ПРД легкой и средней степени, из них:

- 10 720,4 случаев на первом этапе;
- 8 787,7 случаев на втором этапе;
- 4 942,0 случаев на третьем этапе.

3) 6 417,5 случаев тяжелой ПРД, из них:

- 2 813,8 случаев на первом этапе;
- 2 306,5 случаев на втором этапе;
- 1 297,1 случаев на третьем этапе.

С учетом 15 % отказов от лечения число излеченных случаев составит 45 081,5. В том числе:

1) 18 844,1 случаев предпороговой стадии ПРД, из них:

- 8 262,4 случаев на первом этапе;
- 6 772,8 случаев на втором этапе;
- 3 808,9 случаев третьем этапе.

2) 20 782,6 случаев ПРД легкой и средней степени, из них:

- 9 112,3 случаев на первом этапе;

- 7 469,6 случаев на втором этапе;
 - 4 200,7 случаев на третьем этапе.
- 3) 5 454,9 случаев тяжелой ПРД, из них:
- 2 391,7 случаев на первом этапе;
 - 1 960,6 случаев на втором этапе;
 - 1 102,6 случаев на третьем этапе.

Сводные результаты моделирования представлены в Таблице 5.1.

Таблица 5.1 – Ожидаемое число выявляемых и излечиваемых случаев ПРД и предпороговых симптомов в группе из 113 776 женщин

ЭТАП СКРИНИНГА, месяцев после родов	ПРОШЛИ СКРИНИНГ, РАЗ.	ВЫЯВЛЕНО СЛУЧАЕВ, ЧЕЛ.			ИЗЛЕЧЕНО СЛУЧАЕВ, ЧЕЛ.		
		Пред ПРД	Легкая/ средняя ПРД	Тяжелая ПРД	ПредПРД	Легкая/ Средняя ПРД	Тяжелая ПРД
1 месяц	89 883,3	9 720,4	10 720,4	2 813,8	8 262,4	9 112,3	2 391,7
3 месяца	71 512,1	7 968,0	8 787,7	2 306,5	6 772,8	7 469,6	1 960,6
9 месяцев	41 435,4	4 481,0	4 942,0	1 297,1	3 808,9	4 200,7	1 102,6
Всего	202 831,8	22 169,4	24 451,1	6 417,5	18 844,1	20 782,6	5 454,9
		53 037,0			45 081,5		

В существующей практике в такой же по численности группе женщин выявляется 3 570 случаев тяжелой ПРД, из них проходит лечение и излечивается 3 035 пациенток.

Число выявленных случаев ПРД в модели существенно отличается от текущей практики. Дополнительно может быть выявлено 22 169, случаев предПРД и 24 451,1 случаев ПРД лёгкой и средней степени тяжести, которые в текущей практике не диагностируются. Тяжёлые формы ПРД выявляются как в модели (6 417,5 случаев), так и в существующей практике (3 413 случаев), однако в рамках модели количество диагностированных тяжёлых случаев выше. Данные представлены на Рисунке 5.1.

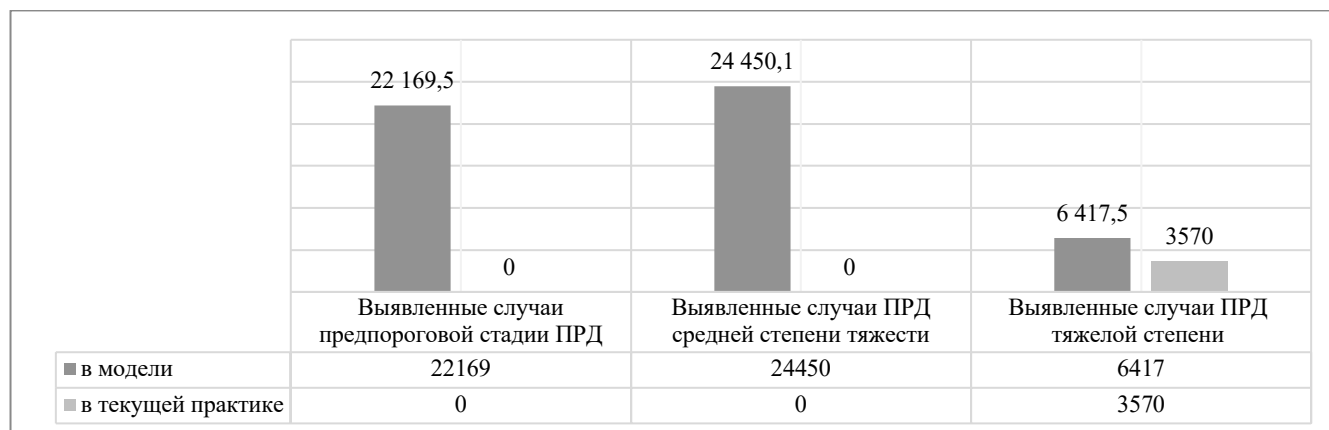


Рисунок 5.1 – Ожидаемое число выявляемых случаев ПРД и предПРД при проведении скрининга и без него

На Рисунке 5.2 представлено сравнение числа излеченных случаев ПРД в модели и в текущей практике. Число излеченных случаев с предпороговой формой ПРД составляет 18 844,1, а с лёгкой и средней степенью тяжести – 20 782,6 случая. В текущей практике лечение таких форм, как правило, не проводится из-за их невовлечённости в систему помощи, что подтверждается нулевыми значениями на графике. Излеченные случаи тяжёлой ПРД регистрируются и в существующей системе, и в предложенной модели: 3 035 и 5 454,9 случаев соответственно. Незначительное увеличение количества пролеченных тяжёлых форм при внедрении модели объясняется расширением охвата и более ранним выявлением состояний, требующих психиатрической помощи. Таким образом, переход к организованному скринингу позволяет не только выявлять, но и эффективно лечить существенно большее число женщин с различными формами ПРД.

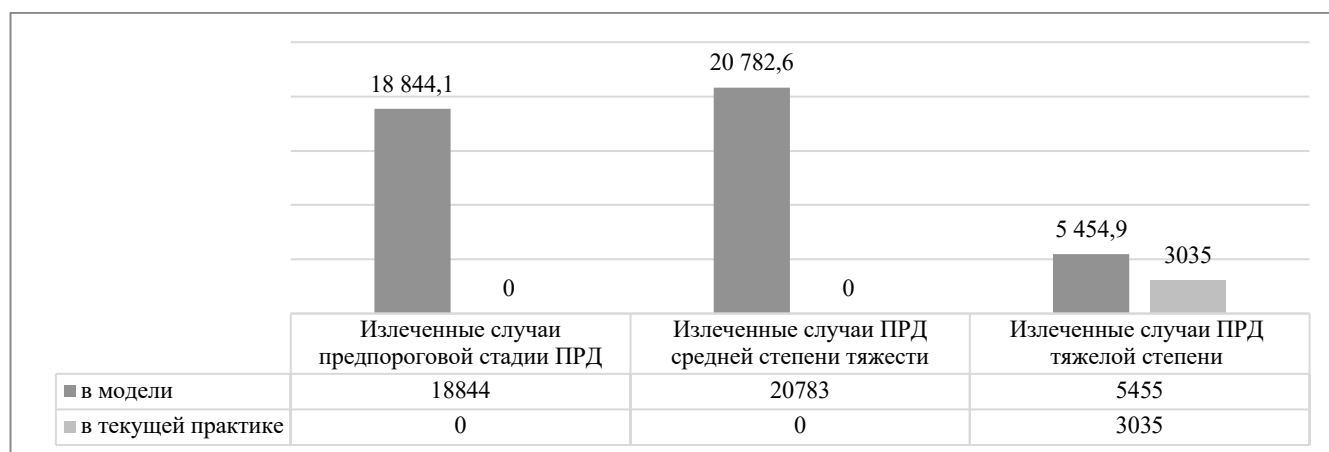


Рисунок 5.2 – Ожидаемое число излечиваемых случаев ПРД и предПРД при проведении скрининга и без него

Расчёт стоимости трёхэтапного скрининга на ПРД для женщин базируется на оценке охвата и единичной стоимости одного обследования (108,70 руб.). На первом этапе, проводимом через месяц после родов, с учётом ожидаемых отказов участвуют 89 883,3 женщины, затраты на данный этап составляют 9 770 382,79 руб. На втором этапе, в три месяца после родов, к скринингу допускаются 71 512,1 женщин, и расходы составят 7 773 425,98 руб. На третьем этапе (девять месяцев после родов) участие принимают 41 435,4 женщин, а затраты составят 4 504 059,82 руб. Таким образом, общая сумма расходов на реализацию трёхэтапной программы скрининга составляет около 22 миллионов рублей в год (22 047 868,60 руб.).

Стоимость лечения одного случая ПРД в модели зависит от степени тяжести состояния. Для предпороговой стадии она составляет 19 448,25 руб. Лечение ПРД лёгкой и средней степени обходится в 71 757,75 руб. Наиболее затратной является терапия тяжёлой формы послеродовой депрессии – её стоимость достигает 93 080,61 руб. Общие затраты на лечение выявленных

случаев ПРД депрессии по модели трёхэтапного скрининга составляют 2 365 535 506,01 руб. Из них:

- на лечение предпороговой стадии расходуется 366 483 967,08 руб.;
- на лечение лёгкой и средней степени тяжести – 1 491 309 923,26 руб.;
- на лечение тяжёлых форм – 507 741 615,67 руб.

Таким образом, наибольшие расходы приходятся на лечение депрессии средней тяжести, что связано как с числом случаев, так и с более продолжительной и интенсивной терапией по сравнению с предпороговыми формами (Таблица 5.2).

Таблица 5.2 – Стоимость лечения ПРД в зависимости от степени тяжести

СТЕПЕНЬ ПРД	КОЛ-ВО ИЗЛЕЧИВАЕМЫХ СЛУЧАЕВ	СТОИМОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ 1 случая, руб.	СУММА, руб.
Предпороговая стадия	18 844,1	19 448,25	366 483 967,08
ПРД легкой и средней степени	20 782,6	71 757,75	1 491 309 923,26
Тяжелая ПРД	5 454,9	93 080,61	507 741 615,67
ИТОГО	-	-	2 365 535 506,01

Таким образом, расходы на скрининг составляют менее одного процента от общего бюджета программы (0,9 %). Основная часть затрат приходится на лечение ПРД: 21,3 % – на лечение тяжелой ПРД стадии, 62,5 % – на лечение лёгкой и средней степени тяжести, и 15,3 % – на лечение предПРД форм. Таким образом, финансовые вложения в скрининг относительно невелики, но они обеспечивают охват и раннее выявление, что значительно влияет на эффективность всей модели (Рисунок 5.3).

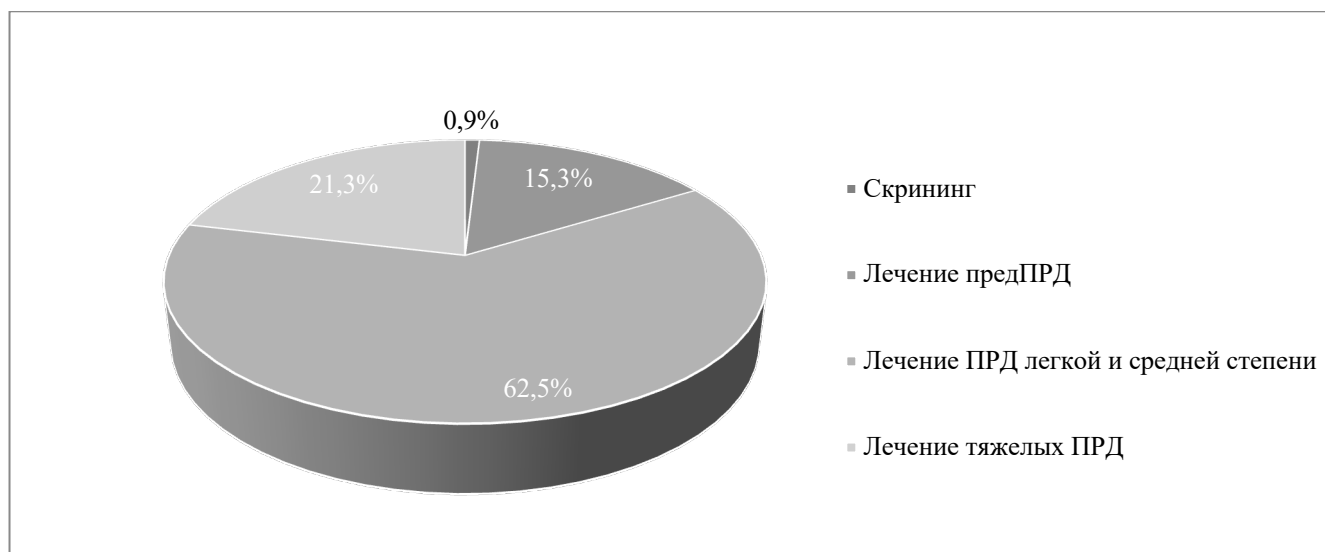


Рисунок 5.3 – Распределение расходов на лечение и скрининг ПРД, % к итогу

Сравнение затрат в модели и в текущей практике показывает, что в существующих условиях государственные расходы ограничиваются только лечением тяжёлых форм ПРД. В текущей системе отсутствует скрининг, предпороговая стадия и ПРД лёгкой и средней степени остаются незамеченными. Фактически, помощь оказывается лишь небольшому числу женщин с тяжёлыми проявлениями, и общие затраты составляют 282 483 611,23 руб. В модели, предусматривающей проведение трёхэтапного скрининга и лечение всех степеней ПРД, общая стоимость реализации составляет 2 млрд 388 млн руб. (2 387 583 374,61 руб.) (Таблица 5.3).

Таблица 5.3 – Структура затрат при проведении скрининга на ПРД и без него (результаты моделирования), руб.

СТАТЬЯ РАСХОДОВ	МОДЕЛЬ, руб.	МОДЕЛЬ, %	ТЕКУЩАЯ ПРАКТИКА	ДОП. ФИНАНСИРОВАНИЕ
Скрининг	22 047 868,60	0,9	0	–
Лечение предПРД	366 483 967,08	15,3	0	–
Лечение ПРД легкой/средней степени	1 491 309 923,26	62,5	0	–
Лечение тяжелых ПРД	507 741 615,67	21,3	282 483 611,23	–
ИТОГО	2 387 583 374,61	100	282 483 611,23	2 105 099 763,38

Таким образом, переход от текущей практики к реализации программы скрининга потребует порядка 2,1 млрд рублей в год для города Москвы (2 105 099 763,38 руб.). Это позволит выявить 53 037,0 и излечить 45 081,5 случаев ПРД и предпороговых состояний (в настоящее время выявляют всего 3 570 и излечивают порядка 3 035 случаев).

5.2. Экономическая эффективность скрининга на послеродовую депрессию

С целью комплексной оценки экономической целесообразности внедрения программы скрининга послеродовой депрессии был проведён расчёт инкрементных показателей «затраты/эффективность» (ИПЗЭ), позволяющих выразить стоимость одного дополнительно достигнутого клинического результата при переходе от действующей практики к предлагаемой модели. Такой подход обеспечивает сопоставление альтернативных стратегий не только по объёму затрат, но и по величине достигнутого эффекта, выраженного в числе выявленных и излеченных случаев, а также в приросте показателя числа лет качественной жизни (ЧЛКЖ). Полученные значения ИПЗЭ дают количественное представление о затратах, необходимых для достижения одного дополнительного случая выявления, выздоровления или одного года жизни, скорректированного по качеству, и служат основой для оценки рациональности вложений с позиций клинико-экономического анализа.

Расчёт инкрементного показателя «затраты/эффективность» показал, что при переходе к модели организованного скрининга стоимость одного дополнительно выявленного случая составляет (ИПЗЭ_{выявл.}) 445,70 руб. Для оценки затрат учитывались только расходы на проведение скрининга. Общие затраты на скрининг составили 22 047 868,60 руб. В текущей практике скрининг не проводится, и эти расходы отсутствуют.

Число выявленных случаев в модели – 53 037,9, а в текущей практике – 3 570,4. Число дополнительно выявленных случаев составило 49 467,5. Таким образом:

$$\text{ИПЗЭ}_{\text{выявл.}} = \frac{22\,047\,868,60 - 0}{49\,467,5} = 445,70 \text{ руб.}$$

Стоимость дополнительно излеченного случая ПРД (ИПЗЭ_{излеч.}) составил 49 541,62 руб. Расчеты проводились исходя из совокупных затраты на лечение, которые в модели составили 2 365 535 506,01 руб., а в текущей практике – 282 483 611,23 руб. Разница между стратегиями составляет 2 083 051 894,78 руб., при этом количество излеченных женщин в модели – 45 081,5 случаев за год, тогда как в текущей системе – 3 035 случаев. Таким образом, дополнительно излечено 42 046,5 женщин, инкрементный показатель затрат на один дополнительно излеченный случай:

$$\text{ИПЗЭ}_{\text{излеч.}} = \frac{2\,365\,535\,506,01 - 282\,483\,611,23}{42\,046,5} = 49\,541,62 \text{ руб.}$$

Инкрементный показатель «затраты/эффективность» по критерию ЧЛКЖ (ИПЗЭ_{ЧЛКЖ}), отражающий стоимость одного дополнительного года жизни, скорректированного по качеству, полученного в результате реализации программы скрининга на ПРД составил 500 659,93 руб. за один год качественной жизни. А именно: совокупные затраты в модели составили 2 387 583 374,61 руб., тогда как в текущей практике – 282 483 611,23 руб. Разница между ними (2 105 099 763,38 руб.) отражает дополнительные расходы, обусловленные внедрением программы. Число дополнительно излеченных случаев ПРД составило 42 046,5. Выигрыш полезности (ΔЧЛКЖ_{инд}) на одну пациентку составил

$$\Delta\text{ЧЛКЖ}_{\text{инд}} = (1 - 0,8) * 0,5 = 0,1$$

А общий прирост полезности для всей когорты в модели (ΔЧЛКЖ_{общ}):

$$\Delta\text{ЧЛКЖ}_{\text{общ}} = 0,1 \times 42\,046,5 = 4\,204,65 \text{ руб./ЧЛКЖ}$$

Инкрементный показатель ИПЗЭ_{ЧЛКЖ} составил:

$$\text{ИПЗЭ}_{\text{ЧЛКЖ}} = \frac{2\,387\,583\,374,61 - 282\,483\,611,23}{4\,204,65} = 500\,659,93 \text{ руб./ЧЛКЖ}$$

В экономико-медицинских оценках целесообразно сопоставлять рассчитанный инкрементный показатель «затраты/эффективность» по критерию ЧЛКЖ с пороговой стоимостью одного года жизни, скорректированного по качеству. Порог готовности платить для

Российской Федерации принят на уровне однократного ВВП на душу населения; по данным Росстата за 2024 г. он составляет 1,37 млн руб. за 1 год качественной жизни. Несмотря на то что средняя продолжительность эффекта в первый год реализации программы составила 6 месяцев, прирост полезности выражен в стандартных единицах ЧЛКЖ, что позволяет напрямую сопоставлять полученный инкрементный показатель с порогом готовности платить, установленным в расчёте на 1 год жизни, скорректированный по качеству. Полученный для трёхэтапной программы скрининга показатель ИПЗЭ_{ЧЛКЖ} равен 500 659,93 руб. за дополнительный год качественной жизни, то есть лишь около 36,54 % от установленного порога. Таким образом, стоимость одного дополнительно приобретённого года жизни без ПРД оказывается примерно в 2,7 раза ниже допустимого предельного значения. Это соотношение свидетельствует о высокой экономической привлекательности предлагаемой модели: даже при существенном повышении затрат или снижении эффекта программа остаётся в диапазоне приемлемых значений. Следовательно, внедрение организованного скрининга можно считать рациональным использованием ресурсов системы здравоохранения.

Ниже приведён односторонний анализ чувствительности ИПЗЭ_{ЧЛКЖ} для ключевых параметров модели. Во всех вариантах дополнительные затраты сохранялись на базовом уровне 2 105 099 763,38 руб.; изменялся лишь знаменатель формулы – прирост ЧЛКЖ (Таблица 5.4). При изменении полезности года жизни с ПРД от 0,75 до 0,85 ИПЗЭ варьирует в диапазоне 400,53 – 667,55 тыс. руб. за год качественной жизни. Снижение охвата скринингом на 10 % (уменьшение числа дополнительно излеченных женщин) даёт повышение ИПЗЭ_{ЧЛКЖ} до 556,29 тыс. руб., тогда как рост охвата на 10 % снижает ИПЗЭ до 455,15 тыс. руб. Во всех протестированных сценариях значение ИПЗЭ остаётся ниже пороговой стоимости 1,37 млн руб. за год качественной жизни, принятой как однократный ВВП на душу населения. Это демонстрирует устойчивость выводов модели: даже при неблагоприятных изменениях ключевых параметров программа скрининга остаётся высоко экономически эффективной.

Таблица 5.4 – Односторонний анализ чувствительности результатов моделирования к вариабельности исходных параметров

СЦЕНАРИЙ	$\Delta\text{ЧЛКЖ}_{\text{инд}}$ (год)	$\Delta\text{ЧЛКЖ}_{\text{общ}}$	ИПЗЭ _{ЧЛКЖ}
Полезность года жизни с ПРД = 0,80; охват = 100 %	0,1	4 204,65	500 659,93
Полезность ↓ до 0,75	0,125	5 255,81	400 527,94
Полезность ↑ до 0,85	0,075	3 153,49	667 546,57
Дополнительно излеченных +10 %	0,1	4 625,12	455 145,39
Дополнительно излеченных –10 %	0,1	3 784,19	556 288,81

Поправка на половину цикла применяется только к первому году, поскольку именно в этот период выявление и начало лечения распределены во времени. В последующие годы эффект реализуется в полном объёме, поэтому дополнительной корректировки не требуется. В данной работе анализ ограничен первым годом, что и обусловило использование коэффициента 0,5.

5.3. Прогнозирование результатов внедрения скрининга на национальном уровне

Была произведена оценка потенциального влияния внедрения скрининга на ПРД на популяционном уровне в Российской Федерации, на всю популяцию (N) родивших в РФ в 2024 г., то есть 1 210 184 женщин.

При 95 % охвате профилактическими осмотрами ($p_{\text{осмотр}} = 0,95$) и доле отказов от скрининга на каждом этапе в 21 % ($p_{\text{отказ}} = 0,79$), вероятность пройти скрининг хотя бы один раз для каждой женщины равна:

$$P_{\text{скрин}} = 1 - 0,21^3 = 0,9907$$

Таким образом общий охват скринингом ($C_{\text{общ}}$) составит:

$$C_{\text{общ}} = 0,95 \times 0,99 \approx 0,9412$$

То есть 94,12 % всех женщин пройдут хотя бы один скрининг

В абсолютных цифрах получим:

$$N_{\text{скрин}} = 1\,210\,184 \times 0,9412 \approx 1\,139\,028 \text{ чел.}$$

1 139 028 женщин пройдут скрининг, около 71 156 останутся неохваченными.

С учетом распространенности в 43,5 % ($\hat{p} = 0,435$), чувствительности опросника 77 % ($Se = 0,77$), специфичности 83,3 % ($Sp = 0,83$) рассчитаем клиническую эффективность для популяции родивших женщин 2024 г. в РФ:

Количество истинных случаев ПРД ($TrueCases$) и случаев без ПРД ($NonCases$) для прошедших скрининг женщин составит:

$$TrueCases = 1\,139\,028 \times 0,435 \approx 495\,276 \text{ чел.}$$

$$NonCases = 1\,139\,028 - 495\,276 \approx 643\,752 \text{ чел.}$$

Для оценки реальной эффективности опросника с учётом указанных характеристик опросника при массовом скрининге результаты 1 139 028 обследованных женщин были распределены по четырём категориям: истинно-положительные (TP), ложно-отрицательные (FN), ложно-положительные (FP) и истинно-отрицательные (TN):

$$TP = 0,77 \times 495\,276 \approx 381\,362 \text{ чел.}$$

$$FN = 0,23 \times 495\,276 \approx 113\,914 \text{ чел.}$$

$$FP = 0,167 \times 643\,752 \approx 107\,501 \text{ чел.}$$

$$TN = 0,833 \times 643\,752 \approx 536\,251 \text{ чел.}$$

Из них пройдут терапию ($N_{\text{терап}}$):

$$N_{\text{терап}} = 381\,362 \times 0,85 \approx 324\,158 \text{ чел.}$$

Откажутся от лечения $\approx 57\,204$ женщин.

Положительная прогностическая ценность опросника (PPV) составит:

$$PPV = \frac{381\,362}{381\,362 + 107\,501} \approx 0,780 \text{ (78,0\%)}$$

Отрицательная прогностическая ценность опросника (NPV):

$$NPV = \frac{536\,251}{536\,251 + 113\,914} \approx 0,825 \text{ (82,5\%)}$$

Такие величины предиктивных показателей свидетельствуют о том, что опросник обладает удовлетворительной диагностической ценностью: при положительном результате вероятность истинного заболевания достигает 78 %, что оправдывает проведение углублённого обследования именно этой подгруппы. Одновременно отрицательный результат гарантирует отсутствие болезни лишь в 82,5 % случаев, то есть приблизительно один из шести–семи отрицательных ответов остаётся ложным. Следовательно, несмотря на высокий PPV, для минимизации недовываждения необходимо предусмотреть дополнительные диагностические циклы или альтернативные маршруты наблюдения, особенно для групп повышенного риска.

Сопоставление расчётов в модели с национальной когортой осуществлялось с применением линейного коэффициента. Он определяется отношением чисел дополнительно излеченных пациенток в модели (42 046,5 чел.) к соответствующему показателю для всей России (324 158 чел.):

$$k = \frac{324\,158}{42\,046,5} \approx 7,71$$

При этом прогнозирование результатов моделирования на национальный уровень осуществлялась исходя из предположения о постоянном применении программы скрининга в течение последующих лет. При этом использовались годовые значения затрат и эффектов, полученные в модели для первого года реализации программы. Следует отметить, что каждый год внедрения программы характеризуется собственным «первым годом» для новой когорты женщин, в связи с чем применение поправки на половину цикла остаётся обоснованным и при масштабировании результатов. Итоговые значения прогнозирования представлены в Таблице 5.5.

Таблица 5.5 – Прогнозирование показателей на национальном уровне

	МОДЕЛЬ	НАЦИОНАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ (2024 г.)
Дополнительно выявленные случаи	49 467,5 чел.	381 394,4 чел.
Дополнительно излеченные случаи	42 046,5 чел.	324 178,5 чел.
Прирост ЧЛКЖ (ΔЧЛКЖ _{общ})	4 204,65 ЛКЖ	32 417,85 ЛКЖ

Продолжение Таблицы 5.5

Затраты на скрининг	22 047 868,60 руб.	169 989 066,91 руб.
Затраты на лечение	2 365 535 506,01 руб.	18 238 278 751,34 руб.
Суммарные затраты	2 387 583 374,61 руб.	18 408 267 818,24 руб.
Примечание: масштабирование допустимо, если распространённость (43,5 %), чувствительность (77 %) и специфичность (83,3 %) опросника одинаковы во всех регионах; структура затрат не меняется по стране; 15 % отказов от лечения считается усреднённым национальным параметром.		

Таким образом, при годовом охвате 113 776 матерей трёхэтапный скрининг (1, 3 и 9-й месяцы) фактически охватывает 202 831,8 эпизода участия с учётом повторных визитов. В модели выявляется 22 169,4 случаев предпороговой симптоматики, 24 451,1 случаев лёгкой/средней ПРД и 6 417,5 тяжёлых форм (всего 53 037,9 чел.). В существующей практике диагностируются только 3 570,4 тяжёлых случаев. Следовательно, программа даёт прирост выявляемости на 49 467,5 женщин. При 15 % отказов от терапии дополнительно излечиваются 18 844,1 предпороговых, 20 782,6 лёгких/средних и 5 454,9 тяжёлых случаев (всего 45 081,5 чел.). В действующей системе излечиваются лишь 3 035 тяжёлых пациентов, то есть прирост излечиваемости равен 42 046,5 случаев.

Затраты на сам скрининг составляют порядка 22 млн руб. (0,9 % бюджета программы). Лечение всех степеней ПРД стоит 2,37 млрд руб., из которых 62,5 % уходит на лёгкие и среднетяжёлые формы, 15,3% – предпороговых состояний и 21,3% – тяжёлых форм ПРД. Инкрементный показатель затрат на один дополнительно выявленный случай равен 445,70 руб.; на один дополнительно вылеченный случай – 49 541,62 руб.

ИПЗЭ_{ЧЛКЖ} (при годовом горизонте анализа) составил 500 659,92 руб. за один дополнительный год качественной жизни, что эквивалентно 36,54 % порога готовности платить (1,37 млн руб. за год качественной жизни). Анализ чувствительности показывает устойчивость модели: при изменении ключевых параметров (полезность 0,75–0,85; колебание охвата ± 10 %) ИПЗЭ_{ЧЛКЖ} остаётся в диапазоне 400,53 – 667,55 тыс. руб., то есть значительно ниже пороговой величины.

На общенациональном уровне охват скринингом составит 94,12 % (1 139 028 из 1 210 184 женщин), что даст клинический эффект в 381 394,4 дополнительно выявленных и 324 178,5 дополнительно излеченных случаев по стране. Прирост ЧЛКЖ составит 32 417,85 ЧЛКЖ, в то время как совокупные затраты на скрининг и лечение – 18,41 млрд руб.

Таким образом, предложенный трёхэтапный скрининг ПРД обеспечивает кратное увеличение выявляемости и излечиваемости, требует умеренных прямых затрат и демонстрирует приемлемые клинико-экономические показатели. Даже консервативные сценарии в анализе чувствительности подтверждают устойчивость экономической целесообразности программы.

5.4. Алгоритм скрининга на послеродовую депрессию и рекомендации по его внедрению

На основании анализа зарубежного опыта скрининга на ПРД, нормативных правовых документов, регулирующих оказание медицинской помощи женщинам и детям первого года жизни в РФ, полученных показателей диагностической точности PHQ-2+ как скринингового инструмента при пороговом значении ≥ 2 , а также результатов оценки клинико-экономической целесообразности трехэтапного скрининга в модели предлагается алгоритм организованного скрининга на ПРД как составной части системы послеродового сопровождения женщины.

Предлагаемый алгоритм (Рисунок 5.4) основан на интеграции скрининга на ПРД в обязательные, уже предусмотренные нормативными правовыми документами контакты женщины с системой здравоохранения, что обеспечивает его организационную выполнимость и создает предпосылки для широкого охвата целевой группы без необходимости формирования отдельного самостоятельного маршрута обращения.

На практике реализация предлагаемого алгоритма осуществляется на нескольких этапах наблюдения женщины в послеродовом периоде. Ключевыми медицинскими организациями, участвующими во внедрении скрининга на ПРД, являются родильные дома (перинатальные центры), женские консультации, детские поликлиники, а также медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную и специализированную психиатрическую помощь. Реализация алгоритма предполагает участие врачей акушеров-гинекологов, врачей-педиатров, врачей общей практики, медицинских сестер, а также медицинских психологов (психологов).

Подготовительный этап предлагаемого алгоритма предшествует собственно проведению скрининга и направлен на создание организационных и информационных условий для его последующей реализации. Данный этап включает подготовку медицинского персонала, участвующего в информировании женщин и проведении скрининга, а также информационно-просветительскую работу с женщинами в раннем послеродовом периоде. Организационно-подготовительный этап реализуется преимущественно в родильном доме или перинатальном центре, а также женской консультации, обеспечивающих первый контакт женщины с системой медицинского наблюдения после родов. В рамках подготовительного этапа при выписке из родильного дома или перинатального центра подготовленный медицинский персонал информирует женщину о ПРД, ее возможных проявлениях, о значении раннего выявления эмоциональных нарушений и доступных возможностях получения помощи, а также выдает информационную памятку (Приложение Е). Информирование должно способствовать повышению осведомленности женщин и их близких о ПРД, снижению стигматизации психоэмоциональных нарушений послеродового периода и повышению готовности к последующему участию в скрининге. Данная функция возлагается на врачей акушеров-

гинекологов, а также средний медицинский персонал родильных домов (акушеров, медицинских сестер палатных) и женских консультаций (акушеров).

В женской консультации, осуществляющей наблюдение женщины в раннем послеродовом периоде, возможно дополнительное информирование и формирование настороженности в отношении симптомов ПРД, однако проведение скрининга в эти сроки не является основным элементом алгоритма.

Собственно скрининг предлагается проводить в детских поликлиниках (детских поликлинических отделениях) в ходе плановых осмотров ребенка в 1-й, 3-й и 9-й месяцы жизни с использованием краткого опросника PHQ-2+1. Выбор сроков проведения скрининга в 1, 3 и 9 месяцев после родов обусловлен как клинической целесообразностью, так и организационной выполнимостью. Указанные временные точки соответствуют плановым контактам женщины с системой здравоохранения в процессе наблюдения за ребенком, что позволяет интегрировать скрининг в существующую модель оказания медицинской помощи. При этом проведение скрининга в 1-й и 3-й месяцы ориентировано на выявление ранних проявлений послеродовой депрессии, а в 9-й месяц – на выявление случаев позднего дебюта либо сохраняющихся симптомов. Такой подход позволяет повысить вероятность своевременного выявления эмоциональных нарушений на протяжении первого года после родов. Проведение скрининга осуществляется врачом-педиатром участковым или медицинской сестрой участковой, участвующим в профилактических осмотрах. Именно детская поликлиника рассматривается как ключевое звено внедрения алгоритма, поскольку обеспечивает наибольший охват женщин.

Следует учитывать, что в действующей системе наблюдения женщина подлежит обязательному осмотру в женской консультации в течение 14 дней после родов, а при неявке – посещению на дому; кроме того, ей рекомендуется повторный осмотр через 30–45 дней после родов. Однако использование этих сроков в качестве основных точек скрининга представляется менее целесообразным. Проведение скрининга в первые две недели после родов может сопровождаться повышенной частотой ложноположительных результатов вследствие транзиторных эмоциональных нарушений, связанных с послеродовой адаптацией, в том числе проявлений «baby blues». В свою очередь, повторный осмотр через 30–45 дней после родов не обеспечивает достаточного охвата, поскольку значительная часть женщин не обращается в женскую консультацию в указанный срок. В связи с этим проведение скрининга в ходе плановых посещений детской поликлиники представляется более устойчивой и практически реализуемой моделью раннего выявления ПРД.

Проведение скрининга медицинскими работниками, осуществляющими плановый осмотр ребенка (врачами-педиатрами, врачами общей практики и средним медицинским персоналом), применяется в настоящее время во многих странах, поскольку матери детей первого года жизни

после завершения наблюдения в послеродовом периоде зачастую выпадают из поля зрения медицинских работников. Может быть предусмотрено также дистанционное заполнение опросника, позволяющее перенести часть процедуры скрининга на доврачебный этап и тем самым упростить его проведение в амбулаторной практике. Такой формат может использоваться при записи на прием и облегчает предварительный сбор информации, необходимой для последующей оценки результатов. Скриншоты электронной формы опросника⁷, а также печатная форма анкеты представлены в Приложении Ж.

В качестве порогового значения в предлагаемом алгоритме используется порог в два и более баллов по краткому опроснику PHQ-2+1. При получении положительного результата скрининга пациентка направляется в женскую консультацию на консультацию медицинского психолога (психолога), где проводится углубленная диагностика. Такой подход соответствует самой логике скрининга как этапа предварительного выявления группы повышенного риска, а не постановки окончательного клинического диагноза. При положительном ответе на третий вопрос опросника PHQ-2+1 «Нужна ли вам помощь по этому поводу?» – пациентка также направляется на консультацию к медицинскому психологу (психологу). Данный вопрос не включается в расчет общего балла, поскольку его функция состоит не в количественной оценке выраженности симптомов, а в дополнительном выявлении субъективной потребности женщины в помощи и поддержке. Включение этого вопроса в структуру скрининга позволяет повысить чувствительность алгоритма к ситуациям, когда выраженность симптомов может не достигать установленного порога, но сама женщина уже ощущает необходимость профессионального вмешательства и готовность к обращению за помощью.

Следует подчеркнуть, что положительный результат скрининга рассматривается исключительно как основание для углубленной оценки психоэмоционального состояния, а не как подтвержденный диагноз ПРД. Тем самым сохраняется разграничение между задачами первичного выявления и задачами клинической диагностики, что имеет принципиальное значение для корректного применения алгоритма в практике. Предлагаемая модель ориентирована на раннее выделение пациенток, нуждающихся в дополнительном внимании, и на обеспечение своевременного перехода от этапа скрининга к этапу специализированной оценки и, при необходимости, последующей помощи.

Порядок оказания медицинской помощи при подтвержденном диагнозе ПРД должен быть разработан специалистами, психиатрами, психотерапевтами, медицинскими психологами (психологами), и закреплён в порядке оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения.

⁷ Электронная форма опросника PHQ-2+1+1 на платформе «Яндекс Формы» [Электронный ресурс]. URL: <https://forms.yandex.ru/cloud/68427b59eb61468c498c1b46/>

Таким образом, предложенный алгоритм сочетает клиническую обоснованность, организационную реализуемость и ориентацию на максимально раннее выявление женщин, нуждающихся в дополнительной оценке психоэмоционального состояния. Его применение позволяет встроить скрининг ПРД в стандартный маршрут послеродового сопровождения, повысить вероятность своевременного выявления симптомов депрессии и обеспечить последующее направление пациенток на профильную консультацию в рамках единой системы наблюдения.

Полученные в нашем исследовании результаты дали возможность выделить как факторы, подтверждающие необходимость внедрения скрининга на ПРД, так и основные ограничения, которые должны быть учтены при его практической реализации. С одной стороны, были установлены высокая распространенность ПРД, недостаточная информированность женщин и медицинских работников, а также наличие организационных барьеров; с другой – наличие успешного опыта скрининга во многих странах и высокая клинико-экономическая целесообразность его внедрения в РФ. Это позволило сформулировать основные рекомендации по внедрению скрининга (Рисунок 5.5).

Выделены четыре взаимосвязанных направления, каждое из которых решает самостоятельную задачу, обеспечивая повышение доступности психологической и психиатрической помощи женщинам с ПРД:

1. Совершенствование нормативных правовых документов и клинических рекомендаций;
2. Внедрение статистического учета заболеваемости ПРД;
3. Повышение информированности населения о послеродовой депрессии;
4. Совершенствование подготовки врачей и средних медицинских работников.

Выделение указанных направлений было обусловлено необходимостью охватить не только собственно процедуру выявления ПРД, но и все условия, без которых ее устойчивое внедрение в практику здравоохранения невозможно.

Такой подход позволяет рассматривать внедрение скрининга не как отдельную изолированную меру, а как элемент комплексного совершенствования медицинской помощи женщинам в послеродовом периоде.

Совершенствование нормативных правовых документов и клинических рекомендаций включает:

- актуализацию порядков оказания медицинской помощи по профилям «акушерство и гинекология» и «педиатрия», порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения,
- разработку клинических рекомендаций по ПРД,

- актуализацию клинических рекомендаций по нормальному послеродовому периоду.

Реализация рекомендаций по данному направлению необходима, поскольку без нормативного закрепления, единых алгоритмов действий и четко определенной маршрутизации невозможно обеспечить системное, а не фрагментарное внедрение скрининга в деятельность медицинских организаций. Кроме того, именно нормативная база создает условия для единообразного применения скрининга в различных медицинских организациях и обеспечивает его включение в действующие процессы оказания помощи женщинам и детям первого года жизни.

Внедрение статистического учета заболеваемости ПРД предлагается реализовать через включение сведений о ПРД в формы статистического учета и создание регистра пациенток с ПРД. Целесообразно также унифицировать подходы к выявлению ПРД с использованием опросников EPDS и PHQ-2+1 и разработать методические рекомендации по применению опросников и регистрации их результатов в регистре и формах статистического учета.

Выделение данного направления обусловлено необходимостью получения сопоставимых и систематизированных данных о распространенности ПРД, результатах скрининга, выявляемости случаев и дальнейшем наблюдении пациенток. Без создания единого учетного контура невозможно объективно оценивать масштаб проблемы, эффективность внедряемых мероприятий и потребность в ресурсах. Кроме того, формирование системы учета позволяет обеспечить накопление данных, необходимых для мониторинга динамики показателей во времени, оценки охвата скринингом и анализа маршрутизации женщин с выявленными нарушениями.

Повышение информированности населения о ПРД депрессии включает разработку и распространение информационных материалов о заболевании, его симптомах, подходах к выявлению и лечению.

Значимость данного направления определяется тем, что даже при наличии организационно выстроенной системы скрининга его эффективность будет ограничена при недостаточной осведомленности женщин и их семей о проявлениях ПРД и возможностях получения помощи. Информационно-просветительская работа способствует повышению готовности женщин к участию в скрининге, снижению психологических барьеров к обращению за медицинской помощью и препятствует стигматизации обращения за помощью. Кроме того, распространение доступной и понятной информации о ПРД позволяет формировать более настороженное отношение к симптомам эмоционального неблагополучия в послеродовом периоде и способствует более раннему выявлению женщин, нуждающихся в дополнительной поддержке. Тем самым данное направление выполняет не только образовательную, но и профилактическую

функцию, повышая вероятность своевременного обращения за помощью и участия в предлагаемых программах скрининга.

Совершенствование подготовки врачей и средних медицинских работников объединяет мероприятия по повышению квалификации специалистов, взаимодействующих с матерями детей первого года жизни. В его состав входят разработка и внедрение обучающих модулей по вопросам выявления ПРД в программы подготовки специалистов, работающих с данной категорией пациенток, а также разработка и внедрение обучающих модулей по вопросам лечения ПРД для клинических психологов и психиатров. Необходимость данного направления обусловлена тем, что внедрение скрининга требует не только формального наличия инструмента, но и готовности медицинских работников правильно применять его результаты, своевременно выявлять женщин группы риска и обеспечивать их направление для последующего обследования и лечения.

Совокупная реализация указанных направлений обеспечивает не только внедрение скрининга на ПРД в практику первичной специализированной медико-санитарной помощи, но и повышение доступности своевременного выявления, консультирования и последующего направления женщин за специализированной помощью.

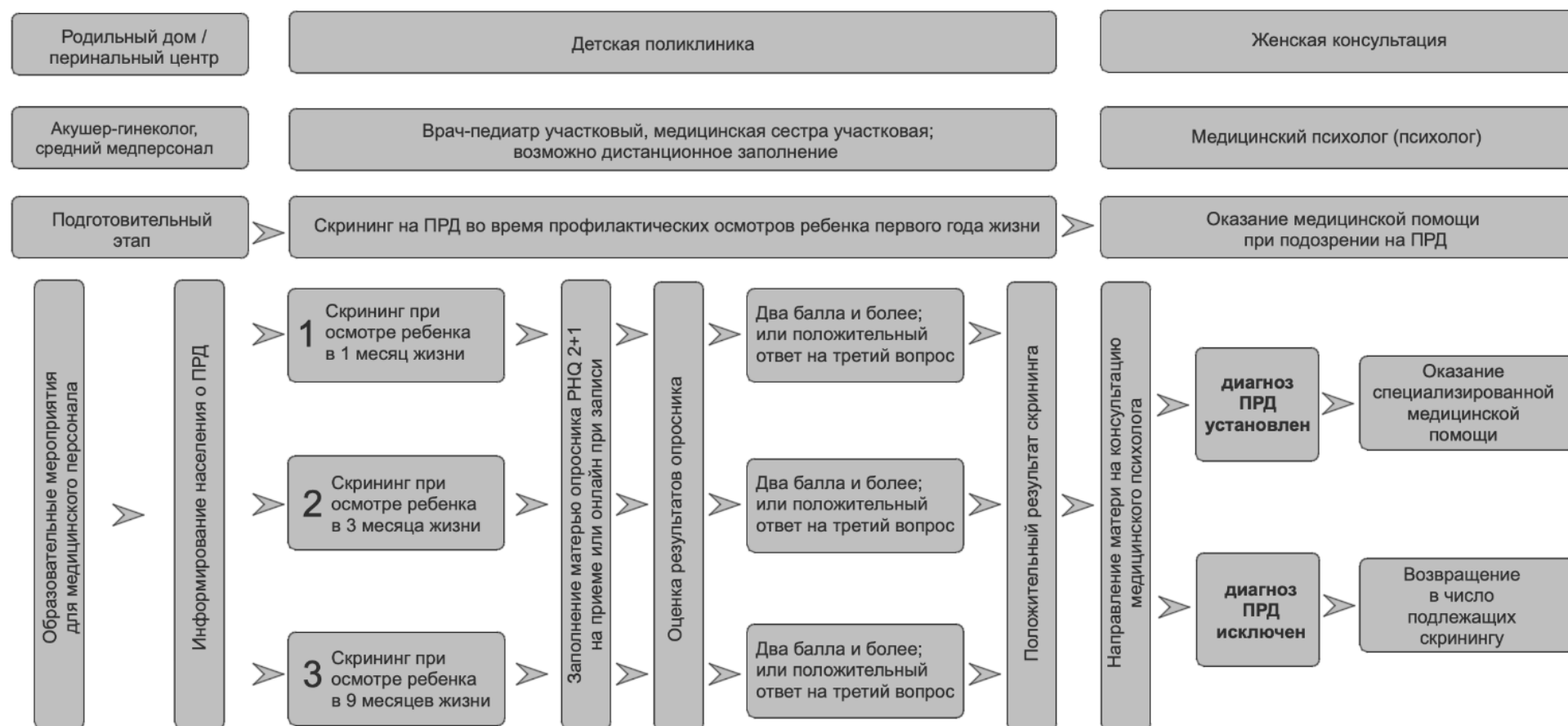


Рисунок 5.4 – Организационный алгоритм и основные этапы процесса скрининга на послеродовую депрессию



Рисунок 5.5 – Комплекс рекомендаций по внедрению скрининга на послеродовую депрессию

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медико-социальная значимость ПРД определяется её высокой распространенностью, низкой выявляемостью и неблагоприятными последствиями как для самой женщины, так и для ребёнка и семьи в целом. Недиагностированная и нелеченая ПРД ассоциирована с ухудшением физического и психического состояния матери, снижением качества жизни и социального функционирования, а также с повышением риска неблагоприятных исходов для ребёнка, включая нарушение эмоциональной привязанности, задержку когнитивного и речевого развития, трудности социальной адаптации и повышение вероятности психических нарушений в дальнейшем [146, 214, 221]. Таким образом, ПРД формирует не только индивидуальное, но и межпоколенческое бремя. Существенны и экономические последствия: увеличение обращаемости за медицинской помощью, рост прямых расходов на лечение, снижение трудоспособности матери, а также долгосрочные потери, связанные с нарушениями развития ребёнка. По зарубежным данным, именно последствия для детей формируют значительную долю суммарного экономического ущерба, связанного с ПРД [262].

В Российской Федерации до сих пор отсутствует статистический учет заболеваемости ПРД, в связи с чем оценить ее можно лишь по данным выборочных исследований. При этом, несмотря на значительное число отечественных работ, посвященных выявлению симптомов ПРД в различных группах женщин, до проведения настоящего исследования не проводилась обобщенная оценка распространенности ПРД в систематических работах и метаанализах, а в зарубежных систематических обзорах российские данные представлены очень ограниченно.

Скрининг на ПРД с использованием простых опросников реализуется на уровне ПМСП во многих странах мира. Чаще всего для скрининга применяется Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (EPDS), которая валидирована и для русскоязычной популяции, используются также сверхкороткие опросники (PHQ-2, PHQ-2+1, *Whooley questions*). В Российской Федерации скрининг на ПРД отсутствует. Российскими клиническими рекомендациями «Нормальный послеродовой период (послеродовая помощь и обследование)» прием медицинского психолога предлагается при признаках послеродового эмоционального дистресса (для их распознавания приведена ссылка на EPDS) и в группе риска послеродовой депрессии [27]. Рекомендации по выявлению ПРД по завершению послеродового периода отсутствуют.

Целью настоящего исследования стало научно-методическое и организационно-экономическое обоснование внедрения скрининга на послеродовую депрессию в Российской Федерации.

На первом этапе проведена оценка распространённости послеродовой депрессии среди матерей детей первого года жизни с использованием Эдинбургской шкалы послеродовой

депрессии (EPDS) и опросника здоровья пациента (PHQ-2+1) в одномоментном исследовании путем онлайн-анкетирования 360 женщин. Оценку по EPDS ≥ 12 баллов (высокая вероятность ПРД) получили результаты опроса 45,6 % женщин, ещё у 32,8 % респонденток наблюдались предпороговые проявления (7–11 баллов по EPDS) [93, 94]. По опроснику PHQ-2+1 высокая вероятность ПРД (2 балла и более) наблюдалась у 63,89 % респонденток. Схожие результаты были получены и в отечественных исследованиях, проведенных другими авторами в последние 5-6 лет: так, Yakupova V.A. et al (2022) [349] при онлайн-опросе 2256 женщин оценили распространенность симптомов ПРД в 45,7%; в исследовании Suarez A. et al. (2023) [321] симптомы ПРД выявлены у 34,1% опрошенных; в работе Хабовской С.В. и др. (2024) [102] – у 45,2% опрошенных.

Была определена возможность использования для скрининга опросника PHQ-2+1, состоящего из трех вопросов, как наиболее простого и воспроизводимого инструмента, пригодного для применения на уровне первичной медико-санитарной помощи. Этот опросник ранее валидирован как скрининговый инструмент депрессивных расстройств без акцента на ПРД [84]. Сопоставление результатов PHQ-2+1 и EPDS позволило подтвердить целесообразность использования значения балльной оценки результатов опроса по PHQ-2+1 в 2 балла и более как порогового, свидетельствующего о высоком риске ПРД и необходимости направления женщины на консультацию к медицинскому психологу. Это значение обеспечивает хороший баланс чувствительности и специфичности при первичном выявлении депрессивной симптоматики. ROC-анализ ($AUC = 0,843$) подтвердил хорошую диагностическую способность инструмента, а коэффициент Каппа ($\kappa = 0,486$) указал на умеренное (удовлетворительное) согласие с EPDS, что приемлемо для скрининга [97]. Дополнительный третий вопрос в модификации PHQ-2+1 не входит в расчёт суммарного балла, однако позволяет учитывать субъективную готовность женщины к получению помощи. Таким образом, PHQ-2+1 может рассматриваться как краткий, удобный и практически применимый инструмент для массового первичного выявления риска ПРД.

На следующем этапе настоящего исследования в систематическом обзоре с метаанализом были обобщены результаты 51 отечественного исследования, выполненных в период с 2004 по 2024 гг. и включавших в совокупности 12 869 женщин. Оценка распространённости ПРД в Российской Федерации по результатам метаанализа составила 34,47 % (95 % ДИ: 29,14–39,81 %), однако в публикациях 2020–2024 гг. она достигала уже 43,50 % (95 % ДИ: 35,5–51,5 %). Метарегрессия подтвердила статистически значимую положительную ассоциацию между годом публикации работы и выявленной в ней распространённостью ПРД (коэффициент регрессии +0,019, $p = 0,004$, что указывает на «рост» распространённости примерно на 1,9 % в год) [99]. Анализ чувствительности итоговой оценки распространённости ПРД к влиянию

отдельных исследований подтвердил ее устойчивость: оценка не зависела критически ни от одного исследования. Полученные в настоящем исследовании результаты подтверждают ранее отмечавшееся в других работах увеличивающееся бремя депрессии в целом: так, об этом косвенно свидетельствует более чем двукратный рост продаж антидепрессантов в России в период 2019–2024 гг. [93].

Анкетирование женщин, имеющих детей первого года жизни, в настоящем исследовании было направлено также на изучение их осведомленности о симптомах ПРД и отношения к скринингу на ПРД. Было показано, что существенная доля респонденток воспринимает многие симптомы ПРД как естественные проявления послеродового периода [96]. Так, 72% респонденток считают нормой постоянную усталость, 49% – нарушения сна. Почти треть женщин (29%) рассматривают постоянное чувство несчастья как естественное состояние после родов, а 7% допускают нормальность мыслей о том, что семье было бы лучше без них. Значительная часть опрошенных матерей (53,6 %) верит в самопроизвольное улучшение состояния без вмешательства, что указывает на необходимость информационного просвещения матерей о рисках затяжных симптомов и важности своевременного обращения за помощью.

При этом большинство участниц опроса считают обращение за помощью полезным. Положительные ответы на соответствующий вопрос анкеты («точно да» + «скорее всего да») дали 87,8 % респонденток, что говорит о широком признании важности профессиональной помощи.

подавляющему большинству респонденток (89,4 %) не предлагали обследования на ПРД. За медицинской помощью по поводу эмоциональных расстройств обращались лишь около десятой части женщин, однако значительная часть (93,6%) выразила готовность проходить скрининг и обращаться за помощью.

Респонденток спрашивали также о возможных причинах не обращения за медицинской помощью. Были названы отсутствие осознания проблемы (72,8 %), финансовые трудности (55,0 %), объяснение симптомов «физическими» или внешними причинами (51,1 %), незнание маршрутов помощи (48,9 %), трактовка обращения за помощью как «признака слабости» (35,3 %), чувство стыда при обращении к специалистам (29,4 %), опасение негативных последствий обращения за психиатрической помощью (28,1 %). Дополняют эту картину сомнения в доступности и ресурсной обеспеченности системы: в бесплатности лечения ПРД уверены лишь 18,6 % респонденток, а в наличии всех необходимых ресурсов для её лечения – 31,9 %.

Особенностью настоящего исследования является проведение анкетирования женщин на онлайн-платформе на потребительской панели респондентов. Выбор этого подхода обоснован тем, что женщины после родов являются географически распределенной и труднодоступной популяцией с ограниченной мобильностью. Онлайн-формат позволяет охватить женщин вне медицинских организаций, а анонимность опроса повышает откровенность при изучении

чувствительных тем, таких как проблемы психического здоровья. Частота использования специализированных онлайн-платформ в социологических исследованиях увеличивается с каждым годом, поскольку обеспечивает доступ к респондентам независимо от их географического положения, а также высокую скорость сбора данных [38].

Использование онлайн-панелей, как и любой другой метод исследования, характеризуется определенными ограничениями и возможными источниками систематических ошибок, основной из которых является ошибка самоотбора, которая потенциально может привести к наличию существенных различий между участниками исследования и лицами, не участвующими в нем. Эта ошибка характерна для всех социологических исследований, но при использовании онлайн-опроса ее вероятность повышается за счет потенциально возможной разницы между лицами, имеющими доступ в Интернет и без такового.

Однако, по данным глобального отчета об использовании цифровых технологий в целом в РФ на начало 2023 г. имели доступ в Интернет 88,2% населения [169]. По данным НИУ ВШЭ к 2024 г. доля домохозяйств, имеющих доступ в Интернет, достигла 90,4%, за последние 10 лет увеличившись на 20,5 п. п [34]. Также показано, что Интернетом реже пользуются люди пожилого и старческого возраста, а в онлайн-опросах чаще участвуют женщины, чем мужчины [316]. Оба эти фактора не могут повлиять на результаты нашего исследования, поскольку нашей целевой популяцией являлись женщины репродуктивного возраста.

Онлайн-опросы на специализированных панелях использовались и ранее российскими исследователями, например в исследовании приверженности грудному вскармливанию, реализованном на базе кафедры социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Института социальных наук Первого МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России под руководством академика РАН, д.м.н., д. социол. н., профессора А.В. Решетникова, опрос проводили на потребительской онлайн-панели ОМІ [54].

Среди методов, рекомендованных для оценки вероятности ошибки самоотбора при проведении подобных опросов: использование дополнительных данных (обычно социально-демографических) о генеральной совокупности и сравнение на их основе характеристик респондентов и не-респондентов. Сравнение характеристик выборки респонденток в настоящем исследовании и генеральной совокупности женщин, родивших ребенка в 2023 г., показало, что в выборке хорошо представлены основные возрастные группы (30-35 лет и 24-29 лет) и матери, родившие одного и двух детей, на которых в целом приходится чуть менее 70% всех родов. Меньшая чем в генеральной совокупности доля самых молодых женщин, многодетных матерей, сельских жителей и женщин, не имеющих высшего образования в выборке, является основанием для проведения в последующем дополнительных исследований распространенности ПРД и отношения к скринингу на ПРД в этих подгруппах.

Дополнительным аргументом в пользу надежности полученных данных служат применявшиеся процедуры контроля качества массива, включавшие исключение некорректно заполненных анкет, анкет со слишком быстрым временем заполнения, случаев формального выбора ответов, а также проверку логической согласованности ответов. Необходимость такого подхода согласуется с современными методическими публикациями, согласно которым повышение строгости онлайн-опросов требует сочетания нескольких мер, реализуемых как до начала сбора данных, так и после него, включая ограничение доступа к анкете, контроль рекрутирования, анализ метаданных, времени заполнения и внутренней согласованности ответов [233].

Внутренняя согласованность использованных шкал также была достаточной: коэффициент α Кронбаха для EPDS составил 0,845, для PHQ-2+1 – 0,745, что свидетельствует о достаточной внутренней согласованности использованных шкал и косвенно подтверждает непротиворечивость полученных ответов.

Проведенное на следующем этапе исследования анкетирование медицинских работников, контактирующих с женщинами после родов и детьми первого года жизни, показало, что среди специалистов также (хотя и значительно реже, чем среди матерей) имеет место восприятие симптомов ПРД как естественных проявлений послеродового периода. Так, почти 36% считают допустимой постоянную усталость. В качестве нормы могут восприниматься чувство вины, апатия, утрата интереса к жизни и постоянное подавленное настроение. И лишь 48 % респондентов полагают, что ни один из симптомов ПРД не является нормальным для женщины после родов.

Большинство медицинских работников положительно относятся к идее рутинного скрининга в первичном звене при условии его простоты, регламентированности и организационной поддержки [97]. Вместе с тем специальная подготовка по вопросам ПРД остаётся недостаточной: 63,4 % респондентов отметили, что тема затрагивалась в обучении, 53,1 % знакомы с профессиональными инструментами выявления, а 78,2 % нуждаются в дополнительном обучении. Основными барьерами для внедрения скрининга они считают дефицит времени на приёме (79,5 %), нежелание женщин обсуждать симптомы депрессии (53,8 %), недооценку проблемы самими медработниками (44,6 %) и недостаточную квалификацию специалистов (40,3 %).

Таким образом, при общем положительном отношении к скринингу на ПРД основными барьерами на пути его внедрения являются недостаточная осведомлённость о симптомах ПРД, склонность воспринимать их как «естественные» проявления послеродового периода, низкая информированность женщин о возможностях помощи, а также дефицит времени, практических навыков и чётких алгоритмов скрининга у специалистов. Их преодоление требует не только

выбора валидного инструмента для скрининга, но и информационно-просветительской работы, обучения специалистов и создания чётких маршрутов направления пациенток.

Среди известных барьеров скрининга – необходимость существенных финансовых вложений в его реализацию. На следующем этапе настоящего исследования в клинико-экономической модели продемонстрировано, что организованный трёхэтапный скрининг на ПРД является экономически обоснованным [95]. В модели при проведении скрининга на осмотрах ребёнка в 1-й, 3-й и 9-й месяцы с использованием РНҚ-2+1 в качестве первичного фильтра основная часть совокупных расходов приходилась не на саму процедуру скрининга, а на лечение выявленных случаев, тогда как стоимость одного эпизода обследования оставалась низкой [95]. При этом внедрение скрининга должно обеспечить кратное увеличение выявляемости и числа женщин, получающих помощь, прежде всего за счёт лёгких и среднетяжёлых форм ПРД, которые в существующей практике практически не попадают в поле зрения медиков. Инкрементный показатель «затраты/эффективность» составил 500 659,93 руб. на год качественной жизни, что существенно ниже рекомендованного для Российской Федерации порога готовности платить. Анализ чувствительности модели к вариативности исходных параметров подтвердил устойчивость полученных выводов. Экстраполяция модели на национальный уровень также продемонстрировала значительный ожидаемый прирост числа выявленных и излеченных случаев при сохранении экономической целесообразности программы.

По совокупности полученных результатов был разработан алгоритм скрининга на ПРД и предложен комплекс рекомендаций по его внедрению. Согласно предложенному алгоритму (Рисунок 5.4), скрининг проводится в три этапа и интегрирован в плановые контакты женщины с системой здравоохранения в течение первого года после родов. Оптимальными точками обследования предложены 1-й, 3-й и 9-й месяцы жизни ребёнка, что сочетает клиническую целесообразность и организационную выполнимость. Проводить скрининг предлагается медицинским работникам, осуществляющим плановый осмотр ребенка: схожий подход используется в настоящее время во многих странах, поскольку матери детей первого года жизни после завершения наблюдения в послеродовом периоде зачастую выпадают из поля зрения медицинских работников. В качестве первичного фильтра используется РНҚ-2+1 с пороговым значением ≥ 2 и последующим направлением пациенток на консультацию к медицинскому психологу при положительном результате. Предусмотрена также возможность дистанционного заполнения опросника, что повышает полноту охвата и снижает нагрузку на амбулаторный приём. Порядок оказания медицинской помощи при подтвержденном диагнозе ПРД должен быть разработан специалистами – медицинскими психологами и психиатрами, – и закреплён в порядке оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения.

Рекомендации по внедрению скрининга сформулированы по четырем взаимосвязанным направлениям: совершенствование нормативных правовых документов и клинических рекомендаций, внедрение статистического учета послеродовой депрессии, повышение информированности населения о послеродовой депрессии и совершенствование подготовки врачей и средних медицинских работников. Реализация этих рекомендаций призвана обеспечить не только формальное включение процедуры скрининга в практику, но и её организационную устойчивость.

При обосновании предлагаемой программы скрининга в настоящем исследовании использованы общие критерии целесообразности скрининговых программ, применяемые Всемирной организацией здравоохранения. Их классической основой являются принципы, сформулированные J. Wilson и G. Jungner в публикации ВОЗ *Principles and Practice of Screening for Disease* – в современных документах ВОЗ они рассматриваются как базовая рамка для принятия решений о внедрении новых скрининговых программ. ВОЗ в руководстве *Screening programmes: a short guide* указывает, что перед началом, продолжением или прекращением скрининговой программы необходимо учитывать доказанную эффективность, возможный вред, стоимость и нагрузку на систему здравоохранения, а также наличие сильной системы обеспечения качества. Кроме того, ВОЗ подчёркивает, что скрининг следует рассматривать не как отдельный тест, а как полный скрининговый путь, включающий выявление, подтверждающую диагностику, лечение и последующее наблюдение [311].

Важно отметить, что предложенная в настоящем исследовании модель скрининга соответствует общим подходам Всемирной организации здравоохранения к отбору и организации скрининговых программ. В качестве методологической основы использовались классические принципы J. Wilson и G. Jungner, изложенные в публикации ВОЗ *Principles and Practice of Screening for Disease* [347], а также их современное развитие, представленное в руководстве WHO/Europe *Screening programmes: a short guide* [311], где подчеркивается, что решение о внедрении скрининга должно основываться на значимости проблемы для общественного здравоохранения, наличии приемлемого инструмента выявления, доказанной пользе программы, ее экономической оправданности, допустимой нагрузке на систему здравоохранения и обеспечении полного маршрута пациентки от первичного выявления до подтверждающей диагностики, лечения и наблюдения. Применительно к ПРД принципиальное значение имеет не только соответствие общим критериям скрининга, но и возможность его организационной интеграции в существующую систему охраны материнства и детства. ВОЗ указывает, что выявление депрессивной симптоматики в перинатальном периоде должно осуществляться в рамках действующей службы помощи женщинам и детям и сопровождаться дальнейшей

диагностикой, маршрутизацией пациентки и оказанием необходимой медицинской и психологической помощи [215].

С этих позиций полученные результаты позволяют считать разработанную программу скрининга на ПРД обоснованной. В настоящем исследовании показано, что ПРД является широко распространённым и социально значимым состоянием, сопровождающимся выраженными неблагоприятными последствиями для матери, ребёнка и семьи, а также существенным экономическим бременем. Для первичного выявления предложен краткий и практически применимый инструмент РНҚ-2+1, пригодный для использования на уровне первичной медико-санитарной помощи; обоснован его порог ≥ 2 баллов и подтверждены приемлемые диагностические характеристики по отношению к референтной шкале EPDS. Разработанная модель предусматривает не только этап первичного тестирования, но и последующую маршрутизацию женщин с положительным результатом на консультацию к медицинскому психологу, что соответствует современному представлению о скрининге как об организованном процессе, а не изолированном измерении. Показанная в работе клинко-экономическая эффективность трёхэтапной модели, её организационная реализуемость, а также положительное отношение матерей и медицинских работников к рутинному скринингу дополнительно подтверждают целесообразность внедрения программы в условиях отечественного здравоохранения.

Таким образом, проведённое исследование позволило обосновать необходимость внедрения организованного скрининга на ПРД в Российской Федерации, определить оптимальный инструмент первичного выявления ПРД, выявить основные организационные барьеры и показать высокую клинко-экономическую целесообразность скрининга [95, 96, 97, 98]. Предлагаемый подход ориентирован на раннее выявление женщин с признаками ПРД и своевременное направление пациенток на консультацию медицинскому психологу. ПРД следует рассматривать как управляемую задачу общественного здравоохранения, а внедрение стандартизированного скрининга — как реалистичный и обоснованный механизм совершенствования медицинской помощи женщинам в послеродовом периоде.

ВЫВОДЫ

1. Проведенное в 2023 г. онлайн-анкетирование матерей детей первого года жизни по валидированной Эдинбургской шкале (EPDS) выявило симптомы ПРД (≥ 12 баллов по EPDS) у 45,6% женщин (95% ДИ: 40,5 – 50,7%); ещё у 32,8% (95%ДИ: 28,1 – 37,8%) наблюдалась предпороговая симптоматика. Полученные данные совпадают с результатами других отечественных исследований, проведенных в аналогичный период времени.

Результаты короткого валидированного опросника PHQ-2+1 в той же выборке женщин подтвердили высокую распространённость симптомов ПРД. Сопоставление результатов опросников EPDS и PHQ-2+1 показало, что использование порогового значения PHQ-2+1 в 2 и более баллов обеспечивает приемлемый баланс чувствительности и специфичности при первичном выявлении депрессивной симптоматики. ROC-анализ ($AUC = 0,843$) подтвердил хорошую диагностическую способность инструмента, а коэффициент Каппа ($\kappa = 0,486$) указал на умеренное согласие с EPDS, что подтверждает целесообразность применения порога PHQ-2+1 ≥ 2 баллов при использовании опросника для скрининга на ПРД.

2. Систематический обзор и метаанализ 51 отечественного исследования (с общим числом участниц 12 869 чел.) выявил распространённость ПРД в России равную 34,5% (95 % ДИ: 29,1 – 39,8 %). При обобщении работ, опубликованных в 2020-2024 гг., распространённость ПРД составила 43,5 % (95 % ДИ: 35,5 – 51,5%); метарегрессия показала значимую положительную ассоциацию между годом публикации работы и выявленной в ней распространённостью ПРД (коэффициент регрессии +0,019, $p = 0,004$), что характеризует нарастающее бремя заболевания.

3. При высокой распространенности симптомов ПРД за медицинской помощью обращались лишь около десятой части женщин; только 21,9 % (95% ДИ: 18,0% – 26,5%) респонденток осведомлены о скрининговых инструментах на ПРД, однако значительная часть (93,6% (95%ДИ: 90,5% – 95,8%)) выразила готовность проходить скрининг и обращаться за помощью.

77,9 % опрошенных медицинских работников (95% ДИ: 73,1% – 82,6%) сообщили о потребности в дополнительном обучении по ПРД; 94,5 % опрошенных медицинских работников (95% ДИ: 91,4% – 96,6%) поддержали идею рутинного скрининга, однако 79,5 % (95% ДИ: 74,6% – 83,7%) указывают на дефицит времени как главный барьер, подчёркивая необходимость применения коротких, но эффективных опросников, а также дополнительной подготовки персонала.

4. Математическая модель трехэтапного скрининга (в 1-й, 3-й и 9-й месяцы после родов путем опроса по PHQ-2+1 с пороговым значением ≥ 2 баллов) продемонстрировала его

клинико-экономическую целесообразность: инкрементный показатель «затраты-эффективность» (ИПЗЭ) составил 445,70 руб. на дополнительно выявленный случай депрессии, 49 541,62 руб. на дополнительно вылеченный случай и 500 659,93 руб. за дополнительный год качественной жизни, что составляет всего 36,5 % порога готовности платить, равного трехкратному внутреннему валовому продукту на душу населения. Анализ чувствительности результатов моделирования к вариабельности исходных параметров подтвердил устойчивость выводов: при варьировании ключевых параметров показатель ИПЗЭ остаётся в диапазоне 400,53 – 667,55 тыс. руб. за год качественной жизни, что в 2,1-3,4 раза ниже референтного порога. На общенациональном уровне скрининг даст клинический эффект в 381 362 дополнительно выявленных и 324 158 дополнительно излеченных случаев с приростом полезности порядка 32 417,85 лет качественной жизни при совокупных затратах бюджета на скрининг и лечение – около 18,4 млрд руб.

5. Предложенный алгоритм скрининга заключается в проведении опроса матери ребенка первого года жизни в срок 1, 3 и 9 месяцев после родов по опроснику PHQ-2+1 и направлении матери на консультацию к медицинскому психологу при достижении оценки в 2 и более баллов. Опрос проводится медицинским работником, осуществляющим плановый осмотр ребенка. Для успешного внедрения скрининга рекомендуется совершенствование нормативных правовых документов и клинических рекомендаций, внедрение статистического учета послеродовой депрессии, повышение информированности населения о послеродовой депрессии и совершенствование подготовки врачей и средних медицинских работников.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Министерству здравоохранения РФ совместно с российским обществом акушеров гинекологов предлагается:

- разработать и утвердить методику проведения скрининга на ПРД в ходе оказания первичной медико-санитарной помощи женщинам в послеродовом периоде с учетом предложенного алгоритма;
- дополнить порядок оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" положениями о проведении скрининга на ПРД при оказании медицинской помощи в послеродовом периоде и маршрутизации пациенток с выявленной ПРД;
- дополнить клинические рекомендации по нормальному послеродовому периоду (послеродовая помощь и обследование) тезисами о проведении скрининга на ПРД;
- инициировать статистический учет ПРД путем включения сведений о ПРД в формы статистического учета и создания регистра женщин с ПРД.

Российскому обществу психиатров:

- разработать клинические рекомендации по диагностике и лечению ПРД (код МКБ-10 F53)
- дополнить порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения положениями об оказании медицинской помощи пациенткам с ПРД.

Образовательным организациям высшего профессионального и дополнительного профессионального медицинского образования:

- включить в программы подготовки специалистов вопросы выявления ПРД, организации и проведения скрининга на ПРД.

При проведении научных исследований по проблеме скрининга на ПРД в дальнейшем целесообразно сконцентрировать усилия на жителях сельской местности, а также на изучении распространенности ПРД среди многодетных женщин и молодых матерей (в возрасте до 23 лет).

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВАК	- Высшая аттестационная комиссия
ВВП	- валовой внутренний продукт
ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
ГБУЗ	- государственное бюджетное учреждение здравоохранения
ЖК	- женская консультация
им.	- имени
ИПЗЭ	- инкрементный показатель «затраты–эффективность», англ. Incremental Cost-Effectiveness Ratio, ICER
КОЯМ	- клинический опросник Яхина и Менделевича.
КР	- клинические рекомендации
МГМУ	- Московский государственный медицинский университет
МКБ-11	- Международная классификация болезней 11-го пересмотра (англ. International Classification of Diseases, 11th Revision – ICD-11).
МО	- Московская область
ОМС	- обязательное медицинское страхование
ПГГ	- Программа государственных гарантий
ПРД	- послеродовая депрессия
ФГАОУ ВО	- Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
ФЗ	- федеральный закон
ЧЛКЖ	- число лет качественной жизни, англ. Quality-Adjusted Life Year, QALY
ЭМК	- электронная медицинская карта
ААР	- англ. American Academy of Pediatrics – Американская академия педиатрии
ACOG	- англ. American College of Obstetricians and Gynecologists – Американский колледж акушеров и гинекологов.
ALSPAC	- англ. Avon Longitudinal Study of Parents and Children – Эйвонское лонгитюдное исследование родителей и детей
ANRQ	- англ. Antenatal Risk Questionnaire – Антенатальный опросник факторов риска
АРА	- англ. American Psychological Association, АРА – Американская психиатрическая ассоциация
AUC	- англ. Area Under the Curve – площадь под кривой
BDI	- англ. Beck Depression Inventory – шкала депрессии Бека

BHV	- швед. Barnhälsovård – уход за здоровьем ребёнка
BHVQ	- швед. Barnhälsovårdsregister för kvalitet – Национальный регистр качества
BLUES	- англ. Blues Lombardia Universal early E-screening – Универсальный ранний скрининг постнатального блюза в Ломбардии
CANMAT	- англ. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments – Канадская сеть по расстройствам настроения и тревожным расстройствам
CENTRAL	- англ. Cochrane Central Register of Controlled Trials – – Центральный реестр контролируемых исследований Cochrane
CES-D	- англ. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – шкала Центра эпидемиологических исследований депрессии
CIDI	- англ. Composite International Diagnostic Interview – составное международное диагностическое интервью
CINAHL	- англ. Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature – база
EBSCO	данных по сестринскому делу и смежным дисциплинам здравоохранения
CIS	- англ. Clinical Interview Schedule – структурированное клиническое интервью
COGS	- англ. College of Obstetricians and Gynaecologists – колледж акушеров-гинекологов
COVID-19	- англ. Coronavirus Disease 2019 – коронавирусная инфекция 2019 года
CPZ	- англ. College Perinatale Zorg – Коллегия перинатальной помощи (Нидерланды)
CTFPHC	- англ. Canadian Task Force on Preventive Health Care – Канадская целевая группа по профилактической медицине
Dass-21	- англ. The Depression Anxiety Stress Scale – шкала депрессии, тревоги, стресса
DAWN-P	- англ. Digital Assessment of Wellbeing for New Parents) – цифровой проект для оценки благополучия новых родителей.
DoH	- англ. Department of Health – Департамент здравоохранения
DSM-IV	- англ. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition – Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, четвертое издание
EPDS	- англ. Edinburgh Postpartum Depression Scale – Эдинбургская шкала послеродовой депрессии
EPNP	- фр. Entretien Postnatal Précocе – раннее постнатальное интервью

EQ-5D-3L	- англ. EuroQol 5 Dimensions, 3 Levels – стандартизированный инструмент оценки качества жизни по 5 измерениям с тремя уровнями выраженности нарушений.
FN	- англ. False Negative – ложно-отрицательные
FP	- англ. False Positive – ложно-положительные
GDP	- англ. Gross Domestic Product – Валовой внутренний продукт (ВВП)
GPC	- исп. Grupo de trabajo para la elaboración de la Guía de Práctica Clínica – Национальная группа по подготовке клинических -рекомендаций
HADS	- англ. Hospital Anxiety and Depression Scale – госпитальная шкала тревоги и депрессии
HDRS	- англ. Hamilton Rating Scale for Depression – шкала оценки депрессии Хамильтона
HEP	- англ. Health Extension Program – Программа расширения здравоохранения
HSAC	- англ. Health Services Assessment Collaboration – Коллаборация по оценке служб здравоохранения
IGEDEPP	- англ. Interaction of Gene and Environment of Depression during PostPartum – Взаимодействие генетических и средовых факторов в развитии депрессии в послеродовом периоде
IQ	- англ. Intelligence Quotient – коэффициент интеллекта.
JAMA	- англ. Journal of American Medical Association, АМА – Журнал
Network	Американской медицинской ассоциации
JGZ	- нидерл. Jeugdgezondheidszorg – Служба охраны здоровья молодёжи
KNOV	- нидерл. Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen – Королевская нидерландская организация акушеров
KPI	- англ. Key Performance Indicators – ключевые показатели эффективности
MADRS	- англ. Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale – шкала оценки депрессии Монтгомери–Оспберга
MBFMF	- англ. Saudi Childbirth Initiative – Mother-Baby-Family Friendly Maternity Care Facility – инициатива «Дружественное к матери, ребёнку и семье учреждение родовспоможения»
MINI	- англ. Mini-International Neuropsychiatric Interview – международное нейropsychиатрическое интервью

NHC	- англ. National Health Commission of the People's Republic of China – Национальная комиссия здравоохранения
NHS	- англ. National Health Service – Национальная служба здравоохранения Великобритании
NICE	- англ. National Institute for Health and Care Excellence – Национальный институт здоровья и качества медицинской помощи Великобритании
NKR	- дат. Nationale kliniske retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen – Национальные рекомендации Датского управления здравоохранения
NPDI	- англ. National Perinatal Depression Initiative – Национальная инициатива по перинатальной депрессии
NPV	- англ. Negative Predictive Value – отрицательная прогностическая ценность
PERIPSYCH	- нем. Peripartale Psychische Störungen – Перипартальные психические расстройства
PHCC	- англ. Primary Health Care Corporation – Сеть государственный поликлиник
PHQ	- англ. Patient Health Questionnaire – Опросник здоровья пациента
PMC	- англ. Primary Medical Care – первичная медицинская помощь
PMHP	- англ. Perinatal Mental Health Project – Проект по охране психического здоровья в перинатальный период
PPD	- англ. Postpartum Depression – Послеродовая депрессия
PPV	- англ. Positive Predictive Value – положительная прогностическая ценность
PRISMA	- англ. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – Рекомендуемые пункты отчетности для систематических обзоров и метаанализов
QALY	- англ. Quality-Adjusted Life Year – число лет качественной жизни / год качественной жизни
RANZCOG	- англ. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists – Королевский колледж акушеров и гинекологов Австралии и Новой Зеландии.
RiPoD	- англ. Risk for Postpartum Depression – риск послеродовой депрессии
Riseup-PPD	- англ. Research Innovation and Sustainable Pan-European Network in Peripartum Depression Disorder – Европейская междисциплинарная сеть по послеродовой депрессии.

RMNCAH	- англ. Reproductive, Maternal, Newborn, Child, and Adolescent Health – Репродуктивного, материнского, новорождённого, детского и подросткового здоровья
ROC	- англ. Receiver Operating Characteristic – кривая рабочих характеристик
ROI	- англ. Return on Investment – окупаемость инвестиций или доходность инвестиций
SDS	- англ. Zung Self-Rating Depression Scale – шкала самооценки депрессии Цунга
Se	- англ. Specificity – чувствительность
SNLG	- ит. Sistema Nazionale Linee Guida – Национальная система клинических рекомендаций
Sp	- англ. Sensitivity – специфичность
SPSS	- англ. Statistical Package for the Social Sciences – Статистический пакет для социальных наук
SQU	- англ. Sultan Qaboos University – Университет Султана Кабуса
The BMJ	- англ. British Medical Journal – Британский медицинский журнал
THL	- фин. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos – Институт здоровья и благополучия
TN	- англ. True Negative – истинно-отрицательные
TP	- англ. True Positive – истинно-положительные
UPlusE	- нем. Untersuchung für Kinder plus Eltern – Обследование для детей и родителей
USPSTF	- англ. United States Preventive Services Task Force – Рабочая группа США по профилактическим услугам
WCTO	- англ. Well Child – Tamariki Ora – «Здоровый ребёнок / Благополучие детей»
WMH	- англ. World Mental Health Surveys – Глобальные обследования психического здоровья
AAP	- англ. American Academy of Pediatrics – Американская академия педиатрии

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авксентьева, М. В. Методологические основы организации, проведения и применения клинико-экономических исследований в управлении качеством медицинской помощи : диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Авксентьева Мария Владимировна ; ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет). – Москва, 2003. – 359 с.
2. Алаева, П. С. Интернет в фокусе научного интереса: пользователи как акторы глобальной социальной сети / П. С. Алаева // Актуальные вопросы социологической науки: теория, методология, практика : материалы ежегодной науч. конф. студентов, аспирантов и молодых ученых, Москва, 24 сент. 2016 г. / Российский ун-т дружбы народов ; под редакцией Н. П. Нарбута, Т. И. Лариной. – Москва : Российский ун-т дружбы народов (РУДН), 2016. – С. 128.
3. Антипова, Е. И. Распространённость и материнские предикторы послеродовой депрессии в Республике Татарстан / Е. И. Антипова // X Международный молодёжный научный медицинский форум «Белые цветы», посвящённый 150-летию С. С. Зимницкого: сборник тезисов. – Казань, 2023. – С. 608–609.
4. Башинский, А. Е. Депрессивные расстройства женщин в послеродовом периоде / А. Е. Башинский, Е. Н. Гончарова, А. Ю. Пишкина // 76-я Международная научно-практическая конференция молодых ученых и студентов: материалы конференции. – Волгоград: ВолгГМУ, 2018. – С. 105.
5. Богданова, Н. В. Факторы риска развития послеродовой депрессии / Н.В. Богданова, Е. А. Дьякова // Молодой учёный. – 2022. – № 52. – С. 68–70.
6. Большакова, Н. Ю. Послеродовые депрессии как фактор репродукции / Н. Ю. Большакова // Державинский форум. – 2017. – Т. 1. – № 1. – С. 136–145.
7. Влияние обезболивания при родоразрешении на частоту развития послеродовой депрессии у родильниц / О. В. Рязанова, Ю. С. Александрович, И. А. Горьковая, М. А. Коргожа, Ю. В. Кошкина, А. М. Иоскович // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2017. – Т. 14. – № 1. – С. 29–35.
8. Выявление послеродовой депрессии у женщин, имеющих малолетних детей, с использованием шкальных оценок / А. В. Голенков, Д. В. Гартфельдер, А. В. Филоненко, В. А. Родионов, В. А. Филоненко // Клиника, диагностика, лечение. – 2016. – № 11. – С. 53–57.
9. Голык, Е. И. Взаимосвязь родоразрешения с качеством жизни женщин в послеродовом периоде / Е. И. Голык, А. Г. Дунаев // Северо-Кавказский психологический вестник. – 2024. – Т. 22. – № 1. – С. 5–18.

10. ГОСТ Р 57525–2017. Клинико-экономические исследования. Общие требования : нац. стандарт Российской Федерации : введен в действие 2018-06-01. – Москва : Стандартинформ, 2018. – 23 с. – (Национальный стандарт Российской Федерации) // Гарант : информ.-правовой портал. – URL: <https://base.garant.ru/71980882/> (дата обращения: 13.06.2025).
11. Гусева, Н. А. Риск психотравматизации и послеродовой депрессии у женщин, рожавших дома и в роддоме / Н. А. Гусева, М. Н. Голюк // Эволюция и интеграция в психотерапии. Психотерапия в сохранении здоровья населения: материалы конференции. – Санкт-Петербург, 2018. – С. 57–58.
12. Демидова, В. А. Эмоциональное состояние женщин в первые три месяца после родов / В. А. Демидова, В. А. Виноградова // Сборник статей 82-й Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов. – Волгоград, 2024. – С. 688–689.
13. Дефицит прогестерона и психоэмоциональное состояние женщин гестационного периода и в постменопаузе / Т. Н. Охотина, С. С. Жамлиханова, М. А. Семёнова, М. С. Сафарова // Здоровоохранение Чувашии. – 2019. – № 3. – С. 47–52.
14. Динамика депрессивного состояния у женщин в антенатальный и постнатальный период / М. В. Наэль-Прупес, О. А. Харьковская, А. Г. Соловьёв, С. С. Нефёдова // Clinical Psychology and Special Education. – 2024. – Т. 13. – № 3. – С. 205–215. – DOI: 10.17759/cpse.2024130310.
15. Добрякова, С. Е. Частота психоэмоциональных нарушений в перипартуме: российские данные / С. Е. Добрякова, М. Н. Алексеева, И. В. Смирнова // Перинатальная психология и медицина: сборник материалов конференции. – М.: МедНаука, 2018. – С. 112–116.
16. Закон Российской Федерации от 2.07.1992 № 3185-1 (ред. От 04.08.2023) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации. – 1992. № 33. – Ст. 1913.
17. Здоровоохранение в России. 2025 : статистический сборник / Федеральная служба государственной статистики. – Москва, 2025. – 149 с.
18. Знания среднего медицинского персонала о послеродовой депрессии: систематический обзор / Е. А. Нечаева, О. А. Харьковская, В. А. Постоев, А. М. Гржибовский, И. О. Одланд // Сибирское медицинское обозрение. – 2021. – № 6. – С. 44–52. – DOI: 10.20333/25000136-2021-6-44-52.
19. Заячникова, Т. Е. Влияние послеродовой депрессии на продолжительность грудного вскармливания недоношенных детей / Т. Е. Заячникова, И. И. Лавренюк // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2020. – Т. 65. – № 4. – С. 328.

20. Иванова, О. А. Психологическая диагностика послеродовой депрессии у матерей преждевременно рождённых детей / О. А. Иванова, Л. К. Квасова // Комплексные исследования детства. – 2021. – Т. 3. – № 2. – С. 138–144.
21. Ивасенко, В. А. Постнатальная депрессия у женщин на примере ГБУЗ ОПЦ г. Челябинска / В. А. Ивасенко, П. С. Решетова, О. В. Авилов // International Innovation Research: материалы конференции. – Челябинск: МЦНС «Наука и просвещение», 2018. – С. 182–184.
22. Ивашиненко, Д. М. Комплексная оценка состояния женщин с послеродовой депрессией / Д. М. Ивашиненко, С. В. Култыгина // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – Т. 18. – № 3. – С. 233–234.
23. Картоева, Т. И. Послеродовая депрессия как угроза для молодой матери и новорождённого / Т. И. Картоева, А. А. Албогачиева, Д. Т. Чаниева // Послеродовая депрессия как угроза для молодой матери и новорождённого: сборник материалов. – М.: МЦНП «Новая наука», 2024. – С. 83–93.
24. Киселева, К. Д. Сравнительная оценка уровня депрессии и тревожности у женщин послеродового периода в отделении патологии новорождённых и недоношенных детей / К. Д. Киселева, О. А. Наткина, Д. С. Славаков // 77-я Международная научно-практическая конференция молодых ученых и студентов: материалы конференции. – 2019. – С. 119–120.
25. Клинические рекомендации. Депрессивный эпизод. Рекуррентное депрессивное расстройство / Министерство здравоохранения Российской Федерации. – Москва : Минздрав России, 2024. – 114 с.
26. Клинические рекомендации. Нормальная беременность / Министерство здравоохранения Российской Федерации. – Москва : Минздрав России, 2023. – 86 с.
27. Клинические рекомендации. Нормальный послеродовый период (послеродовая помощь и обследование) / Министерство здравоохранения Российской Федерации. – Москва : Минздрав России, 2024. – 42 с.
28. Клинические рекомендации. Нормальные роды / Министерство здравоохранения Российской Федерации. – Москва : Минздрав России, 2024. – 102 с.
29. Ключевые результаты и достижения социальной политики в интересах детства // Женщины России: официальный сайт Союза женщин России. – 2024. – 8 февр. – URL: <https://www.wuor.ru/news/klyuchevye-rezultaty-i-dostizheniya-sotsialnoy-politiki-v-interesakh-detstva-181701/> (дата обращения: 30.10.2025).
30. Кожадей, Е. В. Связь перинатальной патологии детей с материнскими послеродовыми аффективными расстройствами / Е. В. Кожадей, С. В. Гречаный // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2019. – Т. 19. – № 2. – С. 4–13.

31. Коргожа, М. А. Динамика депрессивных проявлений у женщин в раннем и позднем послеродовых периодах / М. А. Коргожа // Научное мнение. – 2017. – № 11. – С. 40–46.
32. Корнетов, А. В. Послеродовая депрессия: клиническая практика и эпидемиология в России / А. В. Корнетов // Перинатология и педиатрия. – 2015. – № 3. – С. 45–52.
33. Круглова, А. А. Послеродовая депрессия и ее взаимосвязь с возрастом рожениц / А. А. Круглова // Научные исследования XXI века. – 2022. – № 1. – С. 250–254.
34. Кузина, Л. С. Девять из десяти российских семей подключены к интернету / Л. С. Кузина, Е. В. Попов, Р. А. Щербаков // ИСИЭЗ НИУ ВШЭ : сайт. – Москва, 2025. – URL: <https://issek.hse.ru/news/1038792738.html> (дата обращения: 19.04.2026).
35. Мазо, Г. Э. Выбор шкал для оценки послеродовой депрессии / Г. Э. Мазо, Л. И. Вассерман, М. В. Шаманина // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2012. – № 2. – С. 41–50.
36. Мазо, Г. Э. Тревога и депрессия в послеродовом периоде у женщин с эндокринной и акушерско-гинекологической патологией / Г. Э. Мазо, М. В. Шаманина // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. – 2010. – Т. 8. – № 1. – С. 49–50.
37. Мальгина, Г. Б. Сверххранние преждевременные роды как предиктор послеродовой депрессии / Г. Б. Мальгина, К. А. Шафиева, Е. П. Шихова // Акушерство и гинекология. – 2017. – № 2. – С. 39–44.
38. Маслова, В. Е. Онлайн-панели и практика их применения в социологии / В. Е. Маслова // Современные методы и технологии социологических исследований - 2025 : сборник научных статей. – Курск, 2025. – С. 100–115.
39. Медведева, В. С. Послеродовая депрессия у женщин города Кирова как центральная проблема охраны психического здоровья матери / В. С. Медведева, М. И. Ершова, Б. А. Петров // Международный молодёжный форум: материалы форума. – Ставрополь: СтГМУ, 2022. – С. 334–336.
40. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр (МКБ-10) : в 3 т. / Всемирная организация здравоохранения – Женева : ВОЗ, 1995.
41. Методические проблемы оценки экономического бремени злокачественных новообразований в Российской Федерации / В. И. Игнатьева, Е. В. Деркач, В. В. Омеляновский, М. В. Авксентьева // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2012. – № 2 (8). – С. 79–86.
42. Методические рекомендации «Обеспечение взаимодействия медицинских организаций и социальных служб при консультировании женщин в ситуации репродуктивного выбора / трудной жизненной ситуации». : [утв. Минтрудом России и Минздравом России 30.04.2025] /

Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации, Министерство здравоохранения Российской Федерации. – Москва, 2025. – 96 с.

43. Москва. Департамент труда и социальной защиты населения города Москвы. Об утверждении тарифов на социальные услуги : приказ Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы от 30 декабря 2021 г. № 1425 : в редакции приказа Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы от 27 февраля 2025 г. № 145 // Вестник Мэра и Правительства Москвы. – 2022. – № 2.

44. Москва. Правительство Москвы. О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов : постановление Правительства Москвы от 27 декабря 2024 г. № 3163-ПП // Вестник Мэра и Правительства Москвы. – 2024. – № 72.

45. Муштенко, Н. С. Послеродовая депрессия женщины как психологическая проблема / Н. С. Муштенко // Коллекция гуманитарных исследований: электронный научный журнал. – 2021. – № 4. – С. 40–47. – DOI: 10.21626/j-chr/2021-4(29)/5.

46. Никитенкова, В. Е. Изучение уровня и структуры депрессивных расстройств у женщин в раннем послеродовом периоде / В. Е. Никитенкова, А. И. Комалова // Смоленский медицинский альманах. – 2018. – № 2. – С. 45–56.

47. Обезболивание родов и послеродовая депрессия. Есть ли связь? / О. В. Рязанова, Ю. С. Александрович, В. А. Резник, И. А. Горьковская, М. А. Коргожа, А. М. Иоскович // Журнал акушерства и женских болезней. – 2017. – Т. 66. – № 5. – С. 11–20.

48. Осведомлённость населения о депрессии и методах её лечения / А. В. Голенков, Т. И. Бонкало, Н. Н. Камынина, С. В. Шмелева // Здравоохранение Российской Федерации. – 2021. – Т. 65. – № 5. – С. 425–431. – DOI: 10.47470/0044-197X-2021-65-5-425-431.

49. Оценка психо-эмоционального состояния женщин с истмико-цервикальной недостаточностью и угрозой преждевременных родов / Т. Ю. Бабич, Е. В. Садовая, Е. Ю. Юрченко, С. Р. Сулейманова // Таврический медико-биологический вестник. – 2018. – Т. 21. – № 2-2. – С. 8–13.

50. Послеродовая депрессия: как она возникает и почему мы ее игнорируем // Forbes.ru : подкасты. – 26.07.2022. – URL: <https://www.forbes.ru/podcasts/tise-mama-rabotaet/472531-poslerodovaa-depressia-kak-ona-voznikaet-i-pocemu-my-ee-ignoriruem> (дата обращения: 21.08.2025).

51. Послеродовая депрессия — факторы риска развития, клинические и терапевтические аспекты / М. А. Макарова, Ю. Г. Тихонова, Т. И. Авдеева, И. В. Игнатко, М. А. Кинкулькина // Неврология. Нейропсихиатрия. Психосоматика. – 2021. – Т. 13. – № 4. – С. 75–80.

52. Предикторы развития послеродовых депрессивных расстройств у матерей / К. А. Сабыржанова, А. Н. Ливатинова, О. Ю. Васильева, М. А. Логунова // *Forcipe*. – 2021. – Т. 4. – № S1. – С. 714.
53. Прибытков, А. А. Послеродовые депрессии непсихотического уровня (особенности клинической картины и вопросы лечения) / А. А. Прибытков // *Психические расстройства в общей медицине*. – 2008. – № 4. – С. 9–12.
54. Приверженность женщин грудному вскармливанию в отражении социальной повседневности / О. Ю. Колесниченко, Е. Ю. Васильева, О. В. Стрелкова, А. В. Левадная // *Материалы X международной социологической Грушинской конференции «Жить в России. Жить в мире. Социология повседневности»*. – Москва, 2020. – С. 118–124.
55. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения: учебное пособие для практических занятий / под ред. В. З. Кучеренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 256 с.
56. Психологический аспект послеродовой депрессии / Р. Р. Аветисян, А. И. Джамалдаева, Ш. Х. Оздомирова, М. Т. Денисултанова, Т. Н. Габитаева // *Фундаментальные и прикладные аспекты развития современной науки : материалы IX Международной научно-практической конференции : сборник материалов*. – Уфа : НИЦ «Вестник науки», 202
57. Психопрофилактика послеродовой депрессии у женщин с различными вариантами родоразрешения / И. А. Горьковая, Ю. С. Александрович, А. В. Микляева, О. В. Рязанова, М. А. Коргожа // *Вестник Удмуртского университета. Серия Философия. Психология. Педагогика*. – 2017. – Т. 27. – № 4. – С. 437–442.
58. Психосексуальные состояния женщин в дородовом и послеродовом периоде / А. В. Паршин, А. В. Романовская, М. А. Полиданов, И. Е. Кондрашкин, И. С. Блохин, Д. А. Тяпкина // *Современная наука. Актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки*. – 2022. – № 7. – С. 176–181.
59. Распространённость и лабораторные маркеры послеродовой депрессии / В. А. Резник, Е. В. Козырко, О. В. Рязанова, Ю. С. Александрович, Н. Н. Рухляда, Н. И. Тапильская // *Журнал акушерства и женских болезней*. – 2018. – Т. 67. – № 4. – С. 19–29.
60. Решетников, А. В. Медико-социологический мониторинг : руководство / А. В. Решетников, К. Э. Соболев. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 664 с.
61. Решетников, А. В. Социология медицины : руководство / А. В. Решетников. – 2-е изд., доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 864 с.
62. Российская Федерация. Законы. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон № 323-ФЗ : [принят Государственной Думой 1 ноября 2011 года : одобрен Советом Федерации 9 ноября 2011 года]. – Москва, 2011.

63. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. О направлении Плана проведения региональных тематических мероприятий по профилактике заболеваний и поддержке здорового образа жизни на 2024 год : письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18 декабря 2023 г. № 21-5/И/2-23781 // КонсультантПлюс : сайт. – URL: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 19.04.2026).
64. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. О Порядке оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 декабря 2025 г. № 747н // Официальный интернет-портал правовой информации. – 2025. – № 0001202512300054.
65. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130н // Российская газета. – 2020. – № 269.
66. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 октября 2022 г. № 668н // Российская газета. – 2022. – № 258.
67. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, учетной формы № 030-ПО/у «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения № 030-ПО/у «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних», порядка ее заполнения : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025 г. № 211н // Официальный интернет-портал правовой информации. – 2025. – № 0001202505190014.
68. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 июня 2015 г. № 290н // Российская газета. – 2015. – № 190.
69. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-психиатра, врача-психиатра-нарколога, врача-психотерапевта : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2023 г. № 696н // Официальный интернет-портал правовой информации. – 2024. – № 0001202401250007.

70. Российская Федерация. Министерство здравоохранения и социального развития. Критерии оценки эффективности работы врача-педиатра участкового : приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 апреля 2007 г. № 283 // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2007. – № 25.
71. Российская Федерация. Министерство здравоохранения и социального развития. О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях : приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 июня 2007 г. № 389 // Здравоохранение. – 2007. – № 11.
72. Российская Федерация. Министерство здравоохранения и социального развития. Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих. Раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» : приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н // Российская газета. – 2010. – № 217.
73. Российская Федерация. Министерство здравоохранения и социального развития. Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового : приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 апреля 2007 г. № 282 // Российская газета. – 2007. – № 110.
74. Российская Федерация. Министерство здравоохранения и социального развития. Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности медицинской сестры врача общей практики (семейного врача) : приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 мая 2007 г. № 326 // Здравоохранение. – 2007. – № 10.
75. Российская Федерация. Министерство труда и социальной защиты. Об утверждении профессионального стандарта «Врач-акушер-гинеколог» : приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 19 апреля 2021 г. № 262н // Российская газета. – 2021. – № 126.
76. Российская Федерация. Министерство труда и социальной защиты. Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)» : приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 21 марта 2017 г. № 293н // Российская газета. – 2017. – № 81.
77. Российская Федерация. Министерство труда и социальной защиты. Об утверждении профессионального стандарта «Врач-неонатолог» : приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 марта 2018 г. № 136н // Российская газета. – 2018. – № 77.
78. Российская Федерация. Министерство труда и социальной защиты. Об утверждении профессионального стандарта «Врач-педиатр участковый» : приказ Министерства труда и

социальной защиты Российской Федерации от 27 марта 2017 г. № 306н // Российская газета. – 2017. – № 90.

79. Российская Федерация. Министерство труда и социальной защиты. Об утверждении профессионального стандарта «Медицинская сестра / медицинский брат» : приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 475н // Российская газета. – 2020. – № 203.

80. Российская Федерация. Министерство труда и социальной защиты. Об утверждении профессионального стандарта «Социальный работник» : приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 18 июня 2020 г. № 354н // Российская газета. – 2020. – № 161.

81. Российская Федерация. Министерство труда и социальной защиты. Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по работе с семьёй» : приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 сентября 2023 г. № 717н // Российская газета. – 2023. – № 236.

82. Российская Федерация. Правительство Российской Федерации. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов : постановление Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2024 г. № 1940 // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2024. – № 53. – Ст. 7642.

83. Российская Федерация. Президент Российской Федерации. О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года : указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2024 г. № 309 // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2024. – № 20. – Ст. 2612.

84. Русскоязычная версия опросников PHQ-2 и PHQ-9: чувствительность и специфичность при выявлении депрессии у пациентов общемедицинской амбулаторной практики / Н. В. Погосова, Т. В. Довженко, А. Г. Бабин, А. А. Курсаков, В. А. Выгодин // Медицинский совет. – 2015. – № 10. – С. 70–74. – DOI: 10.21518/2079-701X-2015-10-70-74.

85. Рязанова, О. В. Влияние применения эпидуральной анальгезии при родоразрешении через естественные родовые пути в зависимости от исходного психоэмоционального состояния женщин / О. В. Рязанова // Вестник акушерской анестезиологии. – 2020. – № 10. – С. 5–11.

86. Рязанова, О. В. Корреляция между применением обезболивания при родоразрешении и частотой послеродовой депрессии / О. В. Рязанова // Медицина: теория и практика. – 2018. – Т. 3. – № 4. – С. 172–179.

87. Сваридзе, Д. С. Послеродовая депрессия у женщин с различными вариантами родоразрешения / Д. С. Сваридзе, В.В. Болучевская // Оригинальные Исследования. – 2022. – Т. 12, № 12. – С. 188–196.
88. Семья и дети в России / Федеральная служба государственной статистики. – М. : Росстат, 2014. – 206 с. – URL: <https://rosstat.gov.ru> (дата обращения: 20.04.2026).
89. Татарова, Н. А. Влияние эндокринной патологии на развитие тревожно-депрессивных нарушений у женщин в послеродовом периоде / Н. А. Татарова, М. В. Шаманина, Х. С. Сохадзе // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. – 2009. – № 2. – С. 62–66.
90. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по г. Москве : офиц. сайт. Сведения о числе зарегистрированных родившихся, умерших, браков и разводов за январь – декабрь 2024 года. – Москва, 2025. – URL: http://ssl.rosstat.gov.ru/storage/mediabank/EDN_12-2024.htm (дата обращения: 13.06.2025).
91. Тетерлева, М. В. Послеродовая депрессия / М. В. Тетерлева, М. В. Котельников, А. В. Филянина // Сборник статей по материалам CCXL Международной научно-практической конференции. – М.: Интернаука, 2021. – С. 123–127.
92. Тревога, депрессия и стресс матерей в течение первого года жизни преждевременно родившихся младенцев с внутрижелудочковыми церебральными кровоизлияниями / Н. В. Андрущенко, Р. Ж. Мухамедрахимов, А. С. Иова, Е. А. Вершинина // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. – 2024. – Т. 14. – № 3. – С. 516–529. – DOI: 10.21638/spbu16.2024.307.
93. Фармакоэпидемиология антидепрессантов в Российской Федерации / Ю. М. Гомон, А. С. Колбин, В. А. Лаврова, Н. Г. Незнанов // Реальная клиническая практика: данные и доказательства. – 2025. – Т. 5. – № 1. – С. 49–58. – DOI: 10.37489/2782-3784-myrdw-068.
94. Федака, А. А. Исследование распространённости послеродовой депрессии в Российской Федерации / А. А. Федака // ОРГЗДРАВ. Новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2023. – Т. 9. – № 4 (34) : XI Международный конгресс «ОРГЗДРАВ – 2023» : сборник статей. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. – С. 128–130.
95. Федака, А. А. Модель оценки клинико-экономической целесообразности скрининга на ПРД в Российской Федерации / А. А. Федака, М. В. Авксентьева // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2022. – Т. 44. – № 1. – С. 34–41.
96. Федака, А. А. Осведомлённость женщин о послеродовой депрессии и отношение к внедрению скрининга на неё в Российской Федерации / А. А. Федака, М. В. Авксентьева // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2025. – № 1. – С. 70–77.

97. Федака, А. А. Осведомлённость о послеродовой депрессии и отношение к скринингу на неё среди медицинских работников / А. А. Федака, М. В. Авксентьева // ОРГЗДРАВ. Новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2025. – Т. 11. – № 3 (41) : XIII Всероссийский конгресс с международным участием «Оргздрав – 2025» : сборник статей. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. – С. 155–157.
98. Федака, А. А. Профилактика послеродовой депрессии у первородящих женщин средствами социально-педагогической поддержки / А. А. Федака // I Международная научно-практическая конференция молодых исследователей общественного здравоохранения : материалы конференции. – Москва : Издательство Сеченовского университета, 2020. – С. 139–140.
99. Федака, А. А. Распространённость послеродовой депрессии в Российской Федерации: систематический обзор и метаанализ / А. А. Федака, М. В. Авксентьева // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2025. – Т. 47. – № 2. – С. 74–87.
100. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). Естественное движение населения Российской Федерации в 2024 году: статистический бюллетень. – М.: Росстат, 2025. – 30 с. – URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/edn_2024.pdf (дата обращения: 12.06.2025).
101. Фоменко, А. Н. Послеродовые аффективные расстройства у женщин со здоровыми новорождёнными и детьми – пациентами отделения неонатальной патологии / А. Н. Фоменко, Е. В. Кожадей, С. В. Гречаный // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2018. – Т. 21. – № 2. – С. 173–184.
102. Хабовская, С. В. Послеродовая депрессия — эпидемия XXI века? / С. В. Хабовская, Д. А. Маврина, А. Л. Салова // 78-я Всероссийская научно-практическая конференция студентов и молодых ученых с международным участием : материалы конференции. – Ярославль : Аверс Плюс, 2024. – С. 217.
103. Цыбина, А. Д. Послеродовая депрессия и факторы, влияющие на ее формирование / А. Д. Цыбина // Междисциплинарный форум Speed-up : материалы форума. – Москва : Профессиональная наука, 2020. – С. 76–84.
104. Шакиров, Р. Т. Влияние длительной эпидуральной анальгезии родов на уровень послеродовой тревоги и депрессии у юных первородящих женщин / Р. Т. Шакиров, С. В. Кинжалова // Лечение и профилактика. – 2019. – Т. 9. – № 4. – С. 30–34.
105. Шаманина, М. В. Опыт применения Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии у российских женщин / М. В. Шаманина, Г. Э. Мазо // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2015. – № 1. – С. 74–80.
106. Щепин, О. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / О. П. Щепин, В. А. Медик. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 592 с.

107. Якупова, В. А. Социально-экономические факторы риска развития послеродовой депрессии и послеродового посттравматического стрессового расстройства / В. А. Якупова, А. Д. Суарэз, Л. А. Шрайбман // Российский психологический журнал. – 2023. – Т. 20. – № 1. – С. 182–201.
108. Abdel-Wahed, T. Predictors of postpartum depression in a sample of Egyptian women / T. Abdel-Wahed, O. Ghoneim // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. – 2012. – Vol. 8. – P. 309–315.
109. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and individual participant data meta-analysis / B. Levis, Z. Negeri, Y. Sun [et al.] // *BMJ*. – 2020. – Vol. 371. – Article m4022. – DOI: 10.1136/bmj.m4022.
110. Advancing Postpartum Depression Care in Latvia (project RSU-PAG-2024/1-0003) / Rīga Stradiņš University. – Riga : RSU, 2024.
111. Agoub, M. Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample / M. Agoub, D. Moussaoui, O. Battas // *Archives of Women's Mental Health*. – 2005. – Vol. 8. – № 1. – P. 37–43.
112. Ahmadpour, P. The relationship of childbirth experience with postpartum depression and anxiety: a cross-sectional study / P. Ahmadpour, F. Faroughi, M. Mirghafourvand // *BMC Psychology*. – 2023. – Vol. 11. – Article 58. – DOI: 10.1186/s40359-023-01105-6.
113. Aktionsplan der Bundesregierung «Gesundheit rund um die Geburt» / Bundesministerium für Gesundheit (BMG). – Berlin, 2024. – 22 p.
114. Al Dallal, F. H. Postnatal depression among Bahraini women: prevalence of symptoms and psychosocial risk factors / F. H. Al Dallal, I. N. Grant // *Eastern Mediterranean Health Journal*. – 2012. – Vol. 18. – № 5. – P. 439–445.
115. Al Hinai, F. Prospective study on prevalence and risk factors of postpartum depression in Al-Dakhliya governorate, Oman / F. Al Hinai, S. Al Hinai // *Oman Medical Journal*. – 2014. – Vol. 29. – № 3. – P. 198–202.
116. Alami, M. Prevalence and predictors of postpartum depression in Upper Egypt / M. Alami, M. Khalil, A. Rady // *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. – 2021. – DOI: 10.1080/14767058.2021.1931427.
117. American Association for Public Opinion Research : official website. – URL: <https://aapor.org/> (дата обращения: 20.04.2026).
118. «Амма Манасу» to deal with psychiatric issues among women in Kerala // *The New Indian Express*. – 09.08.2019. – URL: <https://www.newindianexpress.com/cities/thiruvananthapuram/2019/Aug/08/amma-manasu-to-deal-with-psychiatric-issues-among-women-2016187.html> (дата обращения: 11.06.2025).
119. Annual report 2024 / Whānau Āwhina Plunket. – Wellington : Plunket, 2024. – 50 p.

120. Antidepressant adherence using group-based trajectory modeling among postpartum women with Texas Medicaid / E. L. Pennington, J. C. Barner, C. M. Brown [et al.] // *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*. – 2025. – Vol. 31, № 2. – P. 167–178. – DOI: 10.18553/jmcp.2025.31.2.167.
121. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance (Clinical Guideline CG192) / National Institute for Health and Care Excellence. – London : NICE, 2020.
122. Association between maternal perinatal depression and anxiety and child and adolescent development: a meta-analysis / A. Rogers, S. Obst, S. J. Teague [et al.] // *JAMA Pediatrics*. – 2020. – Vol. 174, № 11. – P. 1082–1093. – DOI: 10.1001/jamapediatrics.2020.2910.
123. Association of Postpartum Depression With Weight Retention 1 Year After Childbirth / S. J. Herring, E. Oken, S. L. Rifas-Shiman [et al.] // *Obesity (Silver Spring)*. – 2008. – Vol. 16. – № 6. – P. 1296–1301. – DOI: 10.1038/oby.2008.71.
124. Association of Social Support and Postpartum Depression According to the Time After Childbirth in South Korea / S. Kim, D. J. Kim, M.-S. Lee, H. Lee // *Psychiatry Investigation*. – 2023. – Vol. 20. – № 8. – P. 750–757. – DOI: 10.30773/pi.2023.0042.
125. Assessment of Canadian perinatal mental health services from the provider perspective: Where can we improve? / L. M. Hicks, C. Ou, J. Charlebois [et al.] // *Frontiers in Psychiatry*. – 2022. – Vol. 13. – Article 929496. – DOI: 10.3389/fpsyt.2022.929496.
126. Austin, M. P. Maternal mortality and psychiatric morbidity in the perinatal period: challenges and opportunities for prevention in the Australian setting / M. P. Austin, S. Kildea, E. Sullivan // *Medical Journal of Australia*. – 2007. – Vol. 186, № 7. – P. 364–367. – DOI: 10.5694/j.1326-5377.2007.tb00940.x.
127. Australia. Victoria Department of Health. Review of perinatal mental health screening approaches. – 2024. – 45 p.
128. Barnhälsovårdens nationella program – för alla [Электронный ресурс]. – Örebro : Region Örebro län, 2024. – 5 p. – URL: regionorebrolan.se (дата обращения: 10.06.2025).
129. Barriers to help-seeking for postpartum depression mapped onto the socio-ecological model and recommendations to address barriers / J. M. S. Place, K. Renbarger, K. Van De Griend [et al.] // *Frontiers in Global Women's Health*. – 2024. – Vol. 5. – Art. 1335437. – DOI: 10.3389/fgwh.2024.1335437.
130. Bibliometrics and visual analysis of the research status and trends of postpartum depression from 2000 to 2020 / X. Bai, Z. Song, Y. Zhou [et al.] // *Frontiers in Psychology*. – 2021. – Vol. 12. – Art. 665181. – DOI: 10.3389/fpsyg.2021.665181.
131. Brockington, I. F. Motherhood and mental health / I. F. Brockington. – Oxford : Oxford University Press, 1996. – 468 p.
132. Brockington, I. F. Suicide and filicide in postpartum psychosis / I. F. Brockington // *Archives of Women's Mental Health*. – 2017. – Vol. 20, № 1. – P. 63–69. – DOI: 10.1007/s00737-016-0675-8.

133. Bunevičius, A. Validation of the Lithuanian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale / A. Bunevičius, L. Kusminskas, R. Bunevičius // *Medicina (Kaunas)*. – 2009. – Vol. 45, № 7. – P. 544–548.
134. Burgerhout, K. M. History of postpartum psychosis : PhD thesis / K. M. Burgerhout. – Rotterdam : Erasmus University Rotterdam, 2016. – P. 8.
135. Burkhard, J. U.S. Maternal Depression Screening Rates Released for the First Time Through HEDIS / J. Burkhard. – 14.11.2022.
136. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments 2024 Clinical Practice Guideline for the Management of Perinatal Mood, Anxiety, and Related Disorders / S. N. Vigod, B. N. Frey, C. T. Clark [et al.] // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 2025. – Online ahead of print. – DOI: 10.1177/07067437241303031.
137. Chan, J. K. N. All-cause and cause-specific mortality in people with depression: a large-scale systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors including antidepressant treatment / J. K. N. Chan, H. K. Y. Lo, W. C. Chang // *World Psychiatry*. – 2025. – DOI: 10.1002/wps.21354.
138. Child Health Services in Sweden – English overview : [Electronic resource] // BHVQ (Barnhälsovårdens kvalitetsregister) : official website. – 2025. – URL: <https://bhvq.se/in-english/> (дата обращения: 10.06.2025).
139. China. National Health Commission Office. National Development and Reform Commission. Opinion on promoting the construction of birth-friendly hospitals : [Electronic resource]. – 2025. – URL: <https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100376/202501/b2bd30a3d3e04c4a97b61c7b1554be57.shtml> (дата обращения: 10.06.2025). – (In Chinese).
140. China. National Health Commission Office. Plan for Exploring Specialised Services for the Prevention and Treatment of Depression (NHC CDC Letter No. 726, 2020). – Beijing : National Health Commission of the People's Republic of China, 2020. – (In Chinese).
141. Clinical Practice Guidelines for the management of Depression / S. Gautam, A. Jain, M. Gautam [et al.] // *Indian Journal of Psychiatry*. – 2017. – Vol. 59. – Suppl. 1. – P. S34–S50. – DOI: 10.4103/0019-5545.196973.
142. Clinical practice guideline for the management of perinatal mood, anxiety, and related disorders [Электронный ресурс] / Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 2024. – URL: sagepub.com (дата обращения: 19.04.2026).
143. Clinical Practice Guideline No. 4: Screening and Diagnosis of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum / American College of Obstetricians and Gynecologists. – Washington, DC : ACOG, 2023. – 40 p.

144. Comunidad de Madrid lanza una iniciativa pionera para garantizar la salud física y mental de madres e hijos durante sus tres primeros años de vida («Mis primeros 1000 días») // Comunidad de Madrid : official website. – 12.09.2022. – URL: <https://www.comunidad.madrid/noticias/2022/09/12/comunidad-madrid-lanza-iniciativa-pionera-garantizar-salud-fisica-mental-madres-hijos-durante-tres-primeros-anos-vida-mis-primeros-1000-dias> (дата обращения: 10.06.2025).
145. Consensus statement on Singapore Perinatal Mental Health Guidelines on Depression and Anxiety / H. Chen, T.-E. Chua, T. M. Y. Lee [et al.] // *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*. – 2023. – Vol. 52. – № 9. – P. 467–475. – DOI: 10.47102/annals-acadmedsg.2023148.
146. Consequences of maternal postpartum depression: a systematic review of maternal and infant outcomes / J. Slomian, G. Honvo, P. Emonts [et al.] // *Women's Health (London)*. – 2019. – Vol. 15. – Art. 1745506519844044. – DOI: 10.1177/1745506519844044.
147. Continuous supplementation of folic acid in pregnancy and the risk of perinatal depression-A meta-analysis / X. Jin, Z. Cheng, X. Yu [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2022. – Vol. 302. – P. 258–272. – DOI: 10.1016/j.jad.2022.01.080.
148. Cooper, P. J. Postnatal depression and child development / P. J. Cooper, L. Murray // *Psychological Medicine*. – 1997. – Vol. 27, № 2. – P. 253–260.
149. Corwin, E. J. Low hemoglobin level is a risk factor for postpartum depression / E. J. Corwin, L. E. Murray-Kolb, J. L. Beard // *The Journal of Nutrition*. – 2003. – Vol. 133, № 12. – P. 4139–4142. – DOI: 10.1093/jn/133.12.4139.
150. Cost-effectiveness of annual depression screening for adolescents in the US / A. Richter, M. R. Capriotti, A. S. Morrow [et al.] // *JAMA Network Open*. – 2024. – Vol. 7, № 8. – Art. e2430085. – DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.30085.
151. Cost-effectiveness of prenatal psychological intervention and postpartum screening to prevent postpartum depression in China / X. Zheng, Y. Chen, W. Dong [et al.] // *BMC Medicine*. – 2024. – Vol. 22, № 1. – Art. 184. – DOI: 10.1186/s12916-024-03399-z.
152. Costs of perinatal mental health problems / A. Bauer, M. Parsonage, M. Knapp, V. Iemmi, B. Adelaja. – London : Centre for Mental Health, 2014. – 42 p.
153. Cox, J. L. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale / J. L. Cox, J. M. Holden, R. Sagovsky // *British Journal of Psychiatry*. – 1987. – Vol. 150, № 6. – P. 782–786. – DOI: 10.1192/bjp.150.6.782.158. Cox, J. L. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale / J. L. Cox, J. M. Holden, R. Sagovsky // *British Journal of Psychiatry*. – 1987. – Vol. 150, № 6. – P. 782–786. – DOI: 10.1192/bjp.150.6.782.
154. Cygler, M. One in Six French Women Have Postpartum Depression // *Medscape*. – 10.10.2023. – URL: <https://www.medscape.com/viewarticle/997210> (дата обращения: 21.08.2025).

155. Danmark. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for svangreomsorgen. – København : Sundhedsstyrelsen, 2022. – 319 p.
156. Danmark. VIVE ; Sundhedsstyrelsen. Indsatser i forhold til fødselsdepression: En litteraturgennemgang af eksisterende viden. – København : Sundhedsstyrelsen, 2022. – 83 p.
157. Decision tree–Markov model of perinatal depression screening: a cost–utility analysis / Y. Yang, R. Zheng, L. Yang [et al.] // *Frontiers in Public Health*. – 2024. – Vol. 12. – Art. 1308867. – DOI: 10.3389/fpubh.2024.1308867.
158. Deepu, M. Association of Maternal Age and Nationality of Mothers with Risk of Developing Post-Partum Depression in Qatar: A Retrospective Study / M. Deepu, M. Rupa // *Family Medicine and Primary Care: Open Access*. – 2019. – Vol. 3. – № 4. – Article 138. – DOI: 10.29011/2688-7460.100038.
159. Dennis, C.-L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review / C.-L. Dennis, L. Chung-Lee // *Birth*. – 2006. – Vol. 33. – № 4. – P. 323–331. – DOI: 10.1111/j.1523-536X.2006.00130.x.
160. Depresión perinatal en el contexto español: informe de consenso del Consejo General de Psicología de España / M. F. Rodríguez-Muñoz, E. Motrico, M. C. Miguez, C. Chaves, C. Suso-Ribera, A. Duque, M. García-Salinas, R. A. Caparrós-González, N. Martín-Agudiez, K. Kovacheva, H. S. García-López, P. Vazquez-Batan, C. Peñacoba, J. Osma // *Clínica y Salud*. – 2023. – Vol. 34. – № 2. – P. 51–63. – DOI: 10.5093/clysa2023a15.
161. Depression in the postpartum year and life course economic trajectories / S. Rokicki, N. J. Datta, N. Zuvekas, J. Rehkopf // *American Journal of Preventive Medicine*. – 2022. – Vol. 62. – № 2. – P. 157–166. – DOI: 10.1016/j.amepre.2021.08.011.
162. Detección y tratamiento psicoterapéutico de la depresión perinatal / F. González Serrano, A. E. Basabé Homobono, C. Panera Uribe, E. Garrán Sabando, I. Etxebarria Izaguirre, M. Garcia Ruiz, C. López Rodríguez // *International Journal of Integrated Care*. – 2019. – Vol. 19. – P. 112. – DOI: 10.5334/ijic.s3112.
163. Detecting perinatal common mental disorders in Ethiopia: validation of the Self-Reporting Questionnaire and Edinburgh Postnatal Depression Scale / C. Hanlon, G. Medhin, A. Alem, M. Araya, A. Abdulahi, M. Hughes, G. Tesfaye, S. Wondimagegn, S. Patel, M. Prince // *Journal of Affective Disorders*. – 2008. – Vol. 108. – № 3. – P. 251–262. – DOI: 10.1016/j.jad.2007.10.023.
164. Developing and validating a perinatal depression screening tool in Kenya blending Western criteria with local idioms: a mixed methods study / E. P. Green, H. Tuli, E. Kwobah, D. Menya, I. Chesire, C. Schmidt // *Journal of Affective Disorders*. – 2018. – Vol. 228. – P. 49–59. – DOI: 10.1016/j.jad.2017.11.027.

165. Diagnosis and management of perinatal depression and anxiety in general practice: a meta-synthesis of qualitative studies / E. Ford, S. Lee, J. Shakespeare, S. Ayers // *British Journal of General Practice*. – 2017. – Vol. 67. – № 661. – P. e538–e546. – DOI: 10.3399/bjgp17X691889.
166. Diagnostic and statistical manual of mental disorders / American Psychiatric Association. – 4th ed. – Washington, DC : American Psychiatric Association, 1994. – 886 p.
167. Diagnostic and statistical manual of mental disorders / American Psychiatric Association. – 5th ed. – Washington, DC : American Psychiatric Association, 2013. – 991 p.
168. Digital Assessment of Wellbeing in New Parents (DAWN-P): protocol of a randomised feasibility trial comparing digital screening for maternal postnatal depression with usual care screening / E. Eisner, R. Agass, E. Camacho, A. Falana, M. Hann, A. Ifezue, H. Lemetyinen, H. Myers, C. Stockton-Powdrell, C. Tower, K. Watson, P. Whelan, A. Wittkowski, S. Lewis // *Pilot and Feasibility Studies*. – 2025. – Vol. 11. – № 1. – Article 47. – DOI: 10.1186/s40814-025-01631-7.
169. Digital 2023: The Russian Federation // *DataReportal – Global Digital Insights*. – URL: <https://datareportal.com/reports/digital-2023-russian-federation> (дата обращения: 19.04.2026).
170. Disparities in postpartum depression screening participation between immigrant and Danish-born women / M. Marti-Castaner, C. Hvidtfeldt, S. F. Villadsen, L. H. Petersen, K. M. Nybo Andersen // *European Journal of Public Health*. – 2022. – Vol. 32. – № 1. – P. 41–48. – DOI: 10.1093/eurpub/ckab186.
171. Diurnal pattern of cortisol output in postnatal depression / A. Taylor, V. Glover, M. Marks, M. Kammerer // *Psychoneuroendocrinology*. – 2009. – Vol. 34, № 8. – P. 1184–1188. – DOI: 10.1016/j.psyneuen.2009.03.004.
172. Doyle, M. Perinatal depression and psychosis: an update / M. Doyle, A. Carballedo, V. O'Keane // *BJPsych Advances*. – 2015. – Vol. 21. – № 1. – P. 5–14. – DOI: 10.1192/apt.bp.112.010900.
173. Economic evaluation of Be a Mom, a web-based intervention to prevent postpartum depression: cost-effectiveness from a societal perspective / F. Monteiro, A. Fonseca, M. Pereira, M. C. Canavarro // *Journal of Affective Disorders*. – 2024. – Vol. 360. – P. 193–200. – DOI: 10.1016/j.jad.2024.05.025.
174. Economic impact of untreated maternal mental health conditions in Texas / C. Margiotta, J. Gao, S. O'Neil, D. Vohra, K. Zivin // *BMC Pregnancy and Childbirth*. – 2022. – Vol. 22. – Article 700. – DOI: 10.1186/s12884-022-05001-6.
175. Edinburgh-metoden (EPDS og støttesamtaler) : [Electronic resource] // RBUP Øst og Sør. – URL: <https://www.rbup.no/metoder/kartlegging-og-utredning/edinburgh-metoden> (дата обращения: 10.06.2025).
176. Edinburgh postnatal depression scale // Healthify. – URL: <https://healthify.nz/tools/e/edinburgh-postnatal-depression-scale> (дата обращения: 10.06.2025).

177. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): professional factsheet : [Electronic resource] // College Perinatale Zorg (CPZ). – Utrecht, 2024. – URL: <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/wp-content/uploads/2024/02/EPDS-professional-factsheet.pdf> (дата обращения: 11.06.2025).
178. Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample / P. Benvenuti, M. Ferrara, C. Niccolai, V. Valoriani, P. Vanni // *Journal of Affective Disorders*. – 1999. – Vol. 53, № 2. – P. 137–141. – DOI: 10.1016/S0165-0327(98)00102-5.
179. Effective Mental Health Care in the Perinatal Period : Australian Clinical Practice Guideline. 2023 Revision / Centre of Perinatal Excellence (COPE). – Melbourne : Centre of Perinatal Excellence (COPE), 2023. – 162 p.
180. Effectiveness of a Mobile Application for Postpartum Depression Self-Management: Evidence from a Randomised Controlled Trial in South Korea / J.-M. Seo, S.-J. Kim, H. Na, Y.-R. Kim, H.-J. Lee // *Healthcare*. – 2022. – Vol. 10, № 11. – Article 2185. – DOI: 10.3390/healthcare10112185.
181. Effects of “Internet plus” postpartum health care service on postpartum depression / J. Yuan, R. Liu, S. Zhang [et al.] // *Shanghai Journal of Preventive Medicine*. – 2024. – № 6. – P. 45–49. – DOI: 10.19428/j.cnki.sjpm.2024.23970. – (In Chinese).
182. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child / A. Stein, R. M. Pearson, S. H. Goodman, E. Rapa, A. Rahman, M. McCallum, L. M. Howard, C. M. Pariante // *Lancet*. – 2014. – Vol. 384, № 9956. – P. 1800–1819. – DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61277-0.
183. Elders, A. Reduce risk of postnatal depression via timely and effective intervention / A. Elders // *New Zealand Doctor*. – 28.02.2024. – URL: <https://www.nzdoctor.co.nz/article/educate/practice/reduce-risk-postnatal-depression-timely-and-effective-intervention> (дата обращения: 19.04.2026).
184. Enquête «Entretien postnatal précoce (EPNP)»: rapport régional 2023 / Réseau de Périnatalité Occitanie. – Toulouse, 2023. – 19 p.
185. Enquête nationale périnatale 2021 : les naissances, le suivi à 2 mois et les établissements : situation et évolution depuis 2016 / H. Cinelli, N. Lelong, C. Le Ray, J. Zeitlin. – Paris : Inserm, 2022. – 297 p.
186. Epaluation of postnatal depression among women in Kuwait: findings from a web-based survey / R. Alenezi, M. Alduosari, A. M. Alotaibi, D. Alrasheedi, L. Alenezi, D. Naser, A. Alshammari, S. Alrasman, L. Aldein, A. Almarabheh, J. Ahmed // *Khyber Medical University Journal*. – 2024. – Vol. 16. – № 3. – P. 187–194. – DOI: 10.35845/kmuj.2024.23371. – URL: <https://www.kmuj.kmu.edu.pk/article/view/23371> (дата обращения: 11.06.2025).
187. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries / B. Gelaye, M. B. Rondon, R. Araya, M. A. Williams // *The Lancet Psychiatry*. – 2016. – Vol. 3. – № 10. – P. 973–982. – DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30284-X.

188. Esketamine pretreatment during cesarean section reduced the incidence of postpartum depression: a randomized controlled trial / S. Xu, J. Yang, J. Li, D. Liu, J. Liu, Y. Cao // *BMC Anesthesiology*. – 2024. – Vol. 24. – Article 20. – DOI: 10.1186/s12871-023-02398-1.
189. Estrogen Withdrawal Increases Postpartum Anxiety via Oxytocin Plasticity in the Paraventricular Hypothalamus and Dorsal Raphe Nucleus / V. L. Hedges, E. C. Heaton, C. Amaral, L. E. Benedetto, C. L. Bodie, B. I. D’Antonio, D. R. Davila Portillo, R. H. Lee, M. T. Levine, E. C. O’Sullivan, N. P. Pisch, S. Taveras, H. R. Wild, Z. A. Grieb, A. P. Ross, H. E. Albers, L. E. Been // *Biological Psychiatry*. – 2021. – Vol. 89, № 9. – P. 929–938. – DOI: 10.1016/j.biopsych.2020.11.016.
190. Estructura factorial de la versión española de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo / A. Gutiérrez-Zotes, D. Gallardo-Pujol, J. Labad, M. Martín-Santos, J. M. Fernández-Castro, J. M. Lázaro, E. García-Esteve // *Actas Españolas de Psiquiatría*. – 2018. – Vol. 46, № 5. – P. 174–182.
191. European Society for Opinion and Marketing Research (ESOMAR) : official website. – URL: <https://esomar.org/> (дата обращения: 20.04.2026).
192. Evidence-based Clinical Practice Guidelines for Prevention, Screening and Treatment of Peripartum Depression / Riseup-PPD, COST Action CA18138. – 2023. – 172 p. – URL: https://www.riseupppd18138.com/uploads/2/6/9/7/26978228/riseupppd_clinicalpracticeguidelines.pdf (дата обращения: 11.06.2025).
193. Examining feasibility, acceptability, and preliminary outcomes of a culturally adapted postpartum depression preventive intervention for women in Doha, Qatar: protocol for a randomized controlled trial / S. R. Ahmed, F. Watt, Z. R. Mahfoud, M. Korayem, S. Buhmaid, M. Alberry, I. M. Ibrahim, S. D. Tandon // *JMIR Research Protocols*. – 2023. – Vol. 12. – Article e11623. – DOI: 10.2196/11623.
194. Expert consensus on prevention and treatment of postpartum depression (based on obstetrics and community physicians) / H. Ding, L. Chen, X. L. Di, L. E. Lee // *Chinese Journal of Clinical Obstetrics and Gynecology*. – 2014. – Vol. 15. – № 6. – P. 572–576.
195. Factor structure and clinical utility of BDI-II factor scores in postpartum women / N. Manian, E. Schmidt, M. H. Bornstein, P. Martinez // *Journal of Affective Disorders*. – 2013. – Vol. 149. – P. 259–268. – DOI: 10.1016/j.jad.2013.01.039.
196. Fedaka, A. Postnatal depression screening model for Russian Federation: model-based economic evaluation / A. Fedaka, M. Avxentyeva. – Text: direct // Geneva Health Forum : conference materials (Geneva, Switzerland, 3–5 may 2022). – Geneva, 2022.
197. Feeling better? – Identification, interventions, and remission among women with early postpartum depressive symptoms in Sweden: a nested cohort study / K. Gidén, L. Vinnerljung, S. I. Iliadis, E. Fransson, A. Skalkidou // *European Psychiatry*. – 2024. – Vol. 67, № 1. – Article e14. – DOI: 10.1192/j.eurpsy.2024.6.

198. Financial toll of untreated perinatal mood and anxiety disorders among 2017 births in the United States / D. L. Luca, C. Margiotta, C. Staatz, R. Garlow, K. Zivin // *American Journal of Public Health*. – 2020. – Vol. 110, № 6. – P. 888–896. – DOI: 10.2105/AJPH.2020.305618.
199. Finland. Ministry of Social Affairs and Health. Maternity and Child Health Clinics. – Helsinki : Ministry of Social Affairs and Health, 2025.
200. Finland. Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL). Mielialalomake synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamiseksi (EPDS). – Helsinki : THL, 2023. – 2 p.
201. Fish-Williamson, A. Nutritional factors and cross-national postpartum depression prevalence: an updated meta-analysis and meta-regression of 412 studies from 46 countries / A. Fish-Williamson, J. Hahn-Holbrook // *Frontiers in Psychiatry*. – 2023. – Vol. 14. – Article 1193490. – DOI: 10.3389/fpsy.2023.1193490.
202. France. Code de la santé publique. Article L2122-1 : version en vigueur depuis le 01 juillet 2022 // *Légifrance*. – URL: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044628790 (дата обращения: 11.06.2025).
203. France. Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022. Article 86 // *Journal officiel de la République française*. – 24.12.2021. – URL: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000044553544 (дата обращения: 10.06.2025).
204. France. Ministère de la Santé et de la Prévention. Application mobile « Les 1000 premiers jours » // 1000 premiers jours. – URL: <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/appli-et-autres-outils> (дата обращения: 11.06.2025).
205. France. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les 1000 premiers jours : là où tout commence. Rapport de la commission des 1000 premiers jours / prés. Boris Cyrulnik. – Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020. – 130 p.
206. France. Santé publique France. Prévalence de la dépression, de l'anxiété et des idées suicidaires à deux mois postpartum: données de l'Enquête nationale périnatale 2021 en France hexagonale. – 2023.
207. Ganjekar, S. Perinatal mental health around the world: priorities for research and service development in India / S. Ganjekar, T. V. Anilkumar, P. S. Chandra // *BJPsych International*. – 2019. – Vol. 17, № 1. – P. 1–4. – DOI: 10.1192/bji.2019.26.
208. Generating EQ-5D-3L health utility scores from the Edinburgh Postnatal Depression Scale: a perinatal mapping study / E. M. Camacho, G. E. Shields, C. A. Chew-Graham, G. L. J. Low-Beer, P. G. Lewis-Jones, K. M. Turner // *The European Journal of Health Economics*. – 2024. – Vol. 25. – P. 319–332. – DOI: 10.1007/s10198-023-01589-4.

209. Genome-wide association study of early-onset and late-onset postpartum depression: the IGEDEPP prospective study / S. Tebeka, E. Gloaguen, J. Mullaert [et al.] // *European Psychiatry*. – 2024. – Vol. 67, № 1. – Art. e35. – P. 1–12. – DOI: 10.1192/j.eurpsy.2024.26.
210. Germany. Gemeinsamer Bundesausschuss. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Mutterschafts-Richtlinien: Formale Überarbeitung. Vom 21. September 2023. – Berlin, 2023. – 45 p.
211. Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: an umbrella review / A. F. Dadi, E. R. Miller, T. A. Bisetegn, L. Mwanri // *BMC Public Health*. – 2020. – Vol. 20. – Article 173. – DOI: 10.1186/s12889-020-8293-9.!!
212. Global prevalence and trends in postpartum depression: a systematic review and meta-analysis / X. Sun, Q. Li, C. Yu, L. Wang, S. Dong, Y. Chen // *BMJ Open*. – 2022. – Vol. 12, № 11. – Article e059365. – DOI: 10.1136/bmjopen-2021-059365.
213. GP six to eight week maternal postnatal consultation – what good looks like guidance // NHS England. – 13.12.2023. – Updated 19.02.2025. – URL: <https://www.england.nhs.uk/long-read/gp-six-to-eight-week-maternal-postnatal-consultation-what-good-looks-like-guidance/> (дата обращения: 11.06.2025).
214. Grace, S. L. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature / S. L. Grace, A. Evindar, D. E. Stewart // *Archives of Women's Mental Health*. – 2003. – Vol. 6. – № 4. – P. 263–274. – DOI: 10.1007/s00737-003-0024-6.
215. Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services / World Health Organization. – Geneva : World Health Organization, 2022. – 66 p. – ISBN 978-92-4-005714-2.
216. Gusak, N. Exploring prevalence and factors associated with postpartum depression among Ukrainian women / N. Gusak, S. Kendall, O. Nizalova // *European Journal of Midwifery*. – 2024. – Vol. 8. – Article 35. – DOI: 10.18332/ejm/188800.
217. Hahn-Holbrook, J. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries / J. Hahn-Holbrook, T. Cornwell-Hinrichs, I. Anaya // *Frontiers in Psychiatry*. – 2018. – Vol. 8. – Article 248. – DOI: 10.3389/fpsy.2017.00248.
218. Healthcare resource utilization and costs associated with postpartum depression among commercially insured households / C. N. Epperson, M. Y. Huang, K. Cook, S. S. Kozhimannil, B. W. Katon // *Current Medical Research and Opinion*. – 2020. – Vol. 36, № 10. – P. 1707–1716. – DOI: 10.1080/03007995.2020.1799772.
219. Healthcare utilization and costs associated with perinatal depression among Medicaid enrollees / L. M. Pollack, J. Chen, S. Cox, F. Luo, C. L. Robbins, H. D. Tevendale, R. Li, J. Y. Ko // *American*

- Journal of Preventive Medicine. – 2022. – Vol. 62, № 6. – P. e333–e341. – DOI: 10.1016/j.amepre.2021.12.008.
220. Health-related quality of life and utility of maternity health states amongst post-partum Australians / E. Martin, O. Fisher, J. Tone, M. J. Callander, H. L. Lorgelly // PLOS ONE. – 2024. – Vol. 19, № 10. – Article e0310913. – DOI: 10.1371/journal.pone.0310913.
221. Health-related quality of life in postpartum depressed women / D. Da Costa, M. Dritsa, N. Rippen, I. Lowensteyn, S. Khalifé // Archives of Women's Mental Health. – 2006. – Vol. 9, № 2. – P. 95–102. – DOI: 10.1007/s00737-005-0108-6.
222. Healthy Babies Healthy Children program // Government of Ontario. – URL: <https://www.ontario.ca/page/healthy-babies-healthy-children-program> (дата обращения: 10.06.2025).
223. Hellin, D. Die Ursache der Multiparität der uniparen Tiere überhaupt und der Zwillingschwangerschaft beim Menschen insbesondere / D. Hellin. – München : Seitz & Schauer, 1895. – 70 S.
224. Helsestasjonsprogrammet 0–5 år : oppsummering over anbefalte konsultasjoner og tema / Helsedirektoratet. – Versjon 5. – 2022. – 11 p.
225. Helsedirektoratets vurdering av bruk av Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) i kombinasjon med klinisk samtale som del av psykisk helsehjelp til gravide og spedbarnsfamilier / Helsedirektoratet. – 2015. – 4 p.
226. High, N. J. The National Perinatal Depression Initiative: a synopsis of progress to date and recommendations for beyond 2013 / N. J. High, C. A. Purtell. – Melbourne : beyondblue, the national depression and anxiety initiative, 2012. – 40 p.
227. High rates of maternal depression amongst Syrian refugees in Lebanon – a pilot study / K. Stevenson, R. Alameddine, G. Rukbi, M. Chahrouri, J. Usta, B. Saab, P. Bennett, V. Glover, R. M. Reynolds // Scientific Reports. – 2019. – Vol. 9. – Article 11849. – DOI: 10.1038/s41598-019-48247-5.
228. iCOPE Digital Screening / Centre of Perinatal Excellence (COPE). – Melbourne, 2022. – URL: <https://www.cope.org.au/health-professionals/icope-digital-screening/> (дата обращения: 10.06.2025).
229. “I’d probably just say that they probably just don’t care”: a qualitative study of the experiences of wāhine Māori of mental health screening during the perinatal period / P. Hayward, M.-C. Bidois-Putt, A. Kercher, C. McColl, N. Fahey, L. Donkin // BMC Pregnancy and Childbirth. – 2025. – Vol. 25. – Article 186. – DOI: 10.1186/s12884-024-07008-7.
230. Identification and transfer to stepped care of depressed and psychosocially stressed parents during peri- and postpartum—UPlusE: study protocol for cluster randomized trial of a screening intervention / U. Stentzel, N. van den Berg, F. Lanczik, S. Härter, M. Scherer, W. Hoffmann // Trials. – 2024. – Vol. 25. – Article 766. – DOI: 10.1186/s13063-024-08610-y.

231. Impact of maternal perinatal depression and anxiety on child and adolescent mental health: a systematic review and meta-analysis / R. Tirumalaraju, B. R. Lawford, W. L. Coventry, S. A. Wilson, A. L. Meiklejohn, S. B. S. Hughes, J. Voisey // JAMA Network Open. – 2020. – Vol. 3, № 10. – Article e2021448. – DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.21448.
232. Impacts of Intimate Partner Violence on Postpartum Depression: An Updated Meta-Analysis / X. Wei, W. Wang, Y. W. Law, H. Zhang // Trauma, Violence, & Abuse. – 2024. – Vol. 25. – № 2. – P. 1531–1550. – DOI: 10.1177/15248380231184088.
233. Increasing Rigor in Online Health Surveys Through the Reduction of Fraudulent Data / W. Z. Ng, S. Erdembileg, J. C. J. Liu, J. D. Tucker, R. K. J. Tan // Journal of Medical Internet Research. – 2025. – Vol. 27. – Article e68092. – DOI: 10.2196/68092.
234. Inequalities in the identification and management of common mental disorders in the perinatal period: an equity focused re-analysis of a systematic review / S. L. Prady, C. Endacott, J. Dickerson, D. Bywater, N. Blower, K. Bradshaw, A. Bunn, S. C. B. Sahota, E. McEachan, K. E. Pickett // PLOS ONE. – 2021. – Vol. 16, № 3. – Article e0248631. – DOI: 10.1371/journal.pone.0248631.
235. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) / World Health Organization. – Geneva : World Health Organization, 2019.
236. Is perinatal depression familial? A population-based twin study / K. Murphy-Eberenz, P. P. Zandi, D. March, J. L. Eaves, K. S. Kendler // Archives of General Psychiatry. – 2006. – Vol. 63, № 12. – P. 1367–1372.
237. ISO 20252:2019. Market, opinion and social research, including insights and data analytics — Vocabulary and service requirements. – Geneva : ISO, 2019. – 56 p.
238. Italia. Ministero della Salute. Depressione peripartum: le Linee guida. – Roma : Istituto Superiore di Sanità, 2024.
239. KID-PROTEKT – Kindzentrierte psychosoziale Grundversorgung im System der Vorsorgeuntersuchungen (Projektabschlussbericht) / Gemeinsamer Bundesausschuss. – Berlin, 2022. – 98 p.
240. Kingdom of Saudi Arabia. Ministry of Health. Saudi Childbirth Initiative: Mother Baby-Family Friendly Maternity Care Facility Guidebook. – Riyadh : Ministry of Health, 2023. – 101 p.
241. Konsultasjon når barnet er 6 uker / Helsenorge. – Sist oppdatert 28.08.2023. – URL: <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/helsestasjon-0-5-ar/6-ukerskontroll/> (дата обращения: 20.04.2026).
242. Kortlægning af eksisterende indsatser vedr. tidlig opsporing og behandling af fødselsdepressioner / Rambøll Management Consulting. – København : Sundhedsstyrelsen, 2021. – 42 p.

243. Kroenke, K. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure / K. Kroenke, R. L. Spitzer, J. B. W. Williams // *Journal of General Internal Medicine*. – 2001. – Vol. 16. – № 9. – P. 606–613. – DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
244. Leidraad voor de screening en detectie van perinatale depressieve en angststoornissen tijdens de zwangerschap tot 1 jaar na de bevalling / R. Van Damme, A.-S. Van Parys, C. Vogels, K. Bogaerts, M. Goossens, K. Van den Bergh // *Tijdschrift voor Geneeskunde*. – 2023. – Vol. 79. – DOI: 10.47671/TVG.79.23.056.
245. Liu, X. Prevalence and risk factors of postpartum depression in women: A systematic review and meta-analysis / X. Liu, S. Wang, G. Wang // *Journal of Clinical Nursing*. – 2022. – Vol. 31. – № 19–20. – P. 2665–2677. – DOI: 10.1111/jocn.16121.
246. Lower allopregnanolone during pregnancy predicts postpartum depression: an exploratory study / L. M. Osborne, F. Gispen, A. Sanyal, G. Yenokyan, S. Meilman, J. L. Payne // *Psychoneuroendocrinology*. – 2017. – Vol. 79. – P. 116–121. – DOI: 10.1016/j.psyneuen.2017.02.012.
247. Low omega-3 index in pregnancy is a possible biological risk factor for postpartum depression / M. W. Markhus, S. Skotheim, I. E. Graff, M. Froyland, L. Braarud, L. Stormark, L. Malde // *PLOS ONE*. – 2013. – Vol. 8, № 7. – Article e67617. – DOI: 10.1371/journal.pone.0067617.
248. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review / M. N. Norhayati, N. H. N. Hazlina, A. R. Asrenee, W. M. A. Emilin // *Journal of Affective Disorders*. – 2015. – Vol. 175. – P. 34–52. – DOI: 10.1016/j.jad.2014.12.041.
249. Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis / edited by T. Tan-Torres Edejer, R. Baltussen, T. Adam, R. Hutubessy, A. Acharya, D. B. Evans, C. J. L. Murray ; World Health Organization. – Geneva : World Health Organization, 2003. – 318 p. – ISBN 92-4-154601-8.
250. Management of perinatal mental health disorders : Greentop Guideline No. 38 / The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). – Melbourne : RANZCOG, 2021. – 34 p.
251. Management of women with mental health issues during pregnancy and the postnatal period (Good Practice Paper № 14) / Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. – London : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2011. – 26 p.
252. Mapping global prevalence of depression among postpartum women / Z. Wang, J. Liu, H. Shuai, L. Cai, Y. Fu, X. Wang // *Translational Psychiatry*. – 2021. – Vol. 11. – Article 543. – DOI: 10.1038/s41398-021-01663-6.
253. Material Hardship and Mental Health Symptoms Among a Predominantly Low Income Sample of Pregnant Women Seeking Prenatal Care / J. Katz, H. F. Crean, C. Cerulli, E. L. Poleshuck // *Maternal and Child Health Journal*. – 2018. – Vol. 22. – № 9. – P. 1360–1367. – DOI: 10.1007/s10995-018-2518-x.

254. Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years / R. M. Pearson, J. Evans, D. Kounali, G. Lewis, J. Heron, P. G. Ramchandani, T. G. O'Connor, A. Stein // *JAMA Psychiatry*. – 2013. – Vol. 70, № 12. – P. 1312–1319. – DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.2163.
255. Measurement of health-related quality of life from conception to postpartum using the EQ-5D-5L among a national sample of US pregnant and postpartum adults / A. K. Regan, P. A. Swathi, M. Nosek, N. Y. Gu // *Applied Health Economics and Health Policy*. – 2023. – Vol. 21, № 3. – P. 523–532. – DOI: 10.1007/s40258-023-00798-5.
256. Mental health of women during pregnancy and the postpartum period / World Health Organization. – Geneva : World Health Organization, 2022. – 42 p.
257. Meta-analysis of diagnostic properties of the Whooley questions to identify depression in perinatal women / R. D. Smith, J. S. Y. Shing, J. Lin, J. H. Boyd, J. M. Morse // *Journal of Affective Disorders*. – 2022. – Vol. 315. – P. 148–155. – DOI: 10.1016/j.jad.2022.07.037.
258. Meta-analysis of prevalence: I² statistic and how to deal with heterogeneity / C. B. Migliavaca, C. Stein, V. Colpani, R. Barker, A. Munn, C. Falavigna // *Research Synthesis Methods*. – 2022. – Vol. 13, № 3. – P. 363–367. – DOI: 10.1002/jrsm.1547.
259. Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis / C. E. Hewitt, S. M. Gilbody, S. Brealey, P. Paulden, A. Palmer, A. Mann, A. Green, D. Morrell, A. House // *Health Technology Assessment*. – 2009. – Vol. 13, № 36. – P. 1–145, 147–230. – DOI: 10.3310/hta13360.
260. Mobile interventions targeting common mental disorders among pregnant and postpartum women: an equity-focused systematic review / A. Saad, O. Magwood, T. Aubry, Q. Alkhateeb, S. S. Hashmi, J. Hakim, L. Ford, A. Kassam, P. Tugwell, K. Pottie // *PLOS ONE*. – 2021. – Vol. 16, № 10. – Article e0259474. – DOI: 10.1371/journal.pone.0259474.
261. Network Italiano sulla Salute Mentale Perinatale: dati del primo anno di attività (2021-2022) / L. Camoni, F. Mirabella, A. Gigantesco, S. Alboni, S. Alfarano, S. Baroncelli, S. Lega, D. Marcucci, R. Mayer, G. Picardi, A. Rucci, G. Sagliocco, G. Sgarro. – Roma : Istituto Superiore di Sanità, 2023. – 61 p. – (Rapporti ISTISAN ; 23/16).
262. New study uncovers the heavy financial toll of untreated maternal mental health conditions / Mathematica Policy Research. – Mathematica Policy Research, 2019. – 8 p.
263. New Zealand. Ministry of Health. Healthy beginnings: developing perinatal and infant mental health services in New Zealand. – Wellington : Ministry of Health, 2011. – 88 p.
264. New Zealand. Ministry of Health. Maternal mental health service provision in New Zealand: stocktake of district health board services. – Wellington : Ministry of Health, 2021. – 33 p.

265. Norway. Norwegian Directorate of Health. Helsestasjon 0–5 år: standardisert program med 14 konsultasjoner inkludert hjemmebesøk // Helsedirektoratet. – URL: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar> (дата обращения: 21.08.2025).
266. Perfil de la embarazada con trastornos afectivos en ASSIR-ICS Cataluña 2012–15 / M. C. Amador, M. A. Aliaga, O. Cunillera-Puértolas, E. Torras-Casals, M. Ferrer, A. Roca // *Psicosomática y Psiquiatría*. – 2017. – № 1. – P. 95–96.
267. Perinatal depression and risk of mortality: nationwide, register based study in Sweden / N. Hagatulah, E. Bränn, A. S. Oberg, U. A. Valdimarsdóttir, Q. Shen, D. Lu // *BMJ*. – 2024. – Vol. 384. – Article e075462. – DOI: 10.1136/bmj-2023-075462.
268. Perinatal Mental Health Guidelines on Depression & Anxiety / Academy of Medicine, Singapore, College of Obstetricians & Gynaecologists, Singapore. – Singapore : College of Obstetricians & Gynaecologists, Singapore, 2023. – 20 p.
269. Perinatal mental health literacy: knowledge, attitudes, and help-seeking among perinatal women and the public – a systematic review / D. Daehn, S. Rudolf, S. Pawils, B. Renneberg // *BMC Pregnancy and Childbirth*. – 2022. – Vol. 22. – Article 574. – DOI: 10.1186/s12884-022-04865-y.
270. Perinatal Mental Health / World Health Organization. – Geneva : World Health Organization, 2022. – 42 p.
271. Perinatal Services British Columbia (PSBC). – URL: <http://www.perinatalservicesbc.ca> (дата обращения: 10.06.2025).
272. PERIPSYCH – Erstellung einer S3 Leitlinie Peripartale Psychische Störungen / Gemeinsamer Bundesausschuss // Innovationsfonds : official website. – Laufzeit: 02/2024–07/2026. – URL: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/peripsych.582> (дата обращения: 11.06.2025).
273. Petrosyan, D. Interaction of maternal age and mode of delivery in the development of postpartum depression in Yerevan, Armenia / D. Petrosyan, H. K. Armenian, K. Arzoumanian // *Journal of Affective Disorders*. – 2011. – Vol. 135, № 1–3. – P. 77–81. – DOI: 10.1016/j.jad.2011.06.052.
274. Postnatale zorg : verloskundige basiszorg voor moeder en kind : multidisciplinaire richtlijn / Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV). – 2018. – 84 p.
275. Post-partumdepressie // Kind en Gezin. – URL: <https://www.kindengezin.be/nl/thema/zwangerschap-en-geboorte/na-de-geboorte/post-partumdepressie> (дата обращения: 11.06.2025).
276. Postpartum depression and maternal self-efficacy for breastfeeding: prevalence and association / E. S. V. Abuchaim, N. T. Caldeira, M. M. D. Lucca, M. Varela, I. A. Silva // *Acta Paulista de Enfermagem*. – 2016. – Vol. 29. – № 6. – P. 664–670. – DOI: 10.1590/1982-0194201600093.

277. Postpartum Depression Screening / Alberta Health Services. – URL: <https://publicshare.albertahealthservices.ca/teams/policydocuments/1/clp-prov-public-health-well-child-ppd-screen-guideline-hcs-229-01.pdf> (дата обращения: 19.04.2026).
278. Postpartum estrogen withdrawal impairs GABAergic inhibition and LTD induction in basolateral amygdala complex via down-regulation of GPR30 / R. Yang, B. Zhang, T. Chen, S. Zhang, L. Chen // *European Neuropsychopharmacology*. – 2017. – Vol. 27, № 8. – P. 759–772. – DOI: 10.1016/j.euroneuro.2017.05.010.
279. Prediction and timely identification of postpartum depression: results of the longitudinal RiPoD study in the context of the literature / S. Nehls, J. Dukart, C. Enzensberger, E. Stickeler, S. B. Eickhoff, N. Chechko // *Der Nervenarzt*. – 2025. – Vol. 96, № 2. – P. 176–184. – DOI: 10.1007/s00115-024-01726-1.
280. Prenatal and postpartum evening salivary cortisol levels in association with peripartum depressive symptoms / S. I. Iliadis, E. Comasco, S. Sylvén, M. Sundström-Poromaa, A. Skalkidou // *PLOS ONE*. – 2015. – Vol. 10, № 8. – Article e0135471. – DOI: 10.1371/journal.pone.0135471.
281. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review / J. Fisher, M. Cabral de Mello, V. Patel, A. Rahman, T. Tran, W. Holton, R. Holmes // *Bulletin of the World Health Organization*. – 2012. – Vol. 90, № 2. – P. 139–149. – DOI: 10.2471/BLT.11.091850.
282. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: a systematic review and meta-analysis / S. Shorey, C. Y. I. Chee, E. D. Ng, Y. H. Chan, W. W. S. Tam, Y. S. Chong // *Journal of Psychiatric Research*. – 2018. – Vol. 104. – P. 235–248. – DOI: 10.1016/j.jpsychires.2018.08.001.
283. Prevalence and risk factors associated with postpartum depression during the COVID-19 pandemic: a literature review and meta-analysis / Q. Chen, W. Li, J. Xiong, X. Zheng // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2022. – Vol. 19. – № 4. – Art. 2219. – DOI: 10.3390/ijerph19042219.
284. Prevalence of perinatal depression and its determinants in mainland China: a systematic review and meta-analysis / A. Nisar, J. Yin, A. Waqas, X. Bai, D. Wang, A. Rahman, X. Li // *Journal of Affective Disorders*. – 2020. – Vol. 277. – P. 1022–1037. – DOI: 10.1016/j.jad.2020.07.046.
285. Prevalence of Postpartum Depression among Mothers in the Emirates of Abu Dhabi / S. Al Ahbabi, G. Mubarak, S. Al Khaldi, H. Al Dhaheri, A. Al Kaabi // *Maternal and Child Health Journal*. – 2024. – Vol. 28, № 10. – P. 1685–1693. – DOI: 10.1007/s10995-024-03931-5.
286. Prevalence of postpartum depression and its associated factors within a year after birth in Semey, Kazakhstan: a cross-sectional study / M. Abenova, A. Myssayev, L. Kanya, M. N. Turliuc, U. Jamedinova // *Clinical Epidemiology and Global Health*. – 2022. – Vol. 16. – Article 101103. – DOI: 10.1016/j.cegh.2022.101103.

287. Prevalence of Postpartum Depression, Link to Primiparity and Associated Factors Among First-Time Mothers in Georgia / A. Kurtanidze, E. Mikautadze, M. Oniani, V. Prangishvili, A. Purtskhvanidze // *Georgian Biomedical News*. – 2024. – Vol. 2, № 1. – P. 47–54. – DOI: 10.52340/GBMN.2024.01.01.62.
288. Primary care pediatricians' roles and perceived responsibilities in the identification and management of maternal depression / A. L. Olson, K. J. Kemper, K. J. Kelleher, C. S. Hammond, B. S. Zuckerman, A. J. Dietrich // *Pediatrics*. – 2002. – Vol. 110, № 6. – P. 1169–1176. – DOI: 10.1542/peds.110.6.1169.
289. PRISMA Statement (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) : official website. – URL: <https://www.prisma-statement.org/> (дата обращения: 20.04.2026).
290. Progetto BLUES: implementare pratiche innovative nelle attività di screening e di home visiting rivolte alle donne con depressione perinatale / A. Lora, G. Andreoni, M. Barri, E. Frisone, S. Fumagalli, G. Gargantini, M. Leogrande, L. Magliano, M. Monzio Compagnoni, A. Nespoli, E. Pellegrini, P. Perego, N. Rovelli, P. Sacchi, L. Scuratti, R. Zanini // *Bollettino Epidemiologico Nazionale*. – 2022. – Vol. 3, № 1. – P. 29–39. – DOI: 10.53225/BEN_040.
291. Programa de Salud Infantil / Departamento de Salud, Gobierno Vasco ; Osakidetza. – 1ª ed. – Vitoria-Gasteiz : Osakidetza, 2021. – 496 p.
292. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya / Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. – 3ª ed. – Barcelona : Departament de Salut, 2018. – 371 p.
293. Psychometric properties of the five-level EuroQoL-5 Dimension and Short Form-6 Dimension measures of health-related quality of life in a population of pregnant women with depression / M. Heslin, K.-C. Chua, K. Trevillion, L. Howard, S. Khalifeh // *BJPsych Open*. – 2019. – Vol. 5, № 6. – Article e88. – DOI: 10.1192/bjo.2019.71.
294. Quantitative comparison of two measures of postpartum depression / D.-M. L. Holm, J. Wohlfahrt, M.-L. H. Rasmussen, M. V. K. Larsen, L. H. Petersen // *BMC Psychiatry*. – 2022. – Vol. 22. – Article 202. – DOI: 10.1186/s12888-022-03836-z.
295. Recommendation on instrument-based screening for depression during pregnancy and the postpartum period / Canadian Task Force on Preventive Health Care // *Canadian Medical Association Journal*. – 2022. – Vol. 194, № 28. – P. E981–E989. – DOI: 10.1503/cmaj.220290.
296. Registerbeskrivning version 23.0 / Swedish Child Health Services Register (BHVQ). – Jönköping, 2023. – 56 p.
297. Relationship Between Postpartum Depression and Perinatal Cigarette Smoking: An Analysis of PRAMS Data / S. Salimi, M. Terplan, D. Cheng, M. S. Chisolm // *Journal of Substance Abuse Treatment*. – 2015. – Vol. 56. – P. 34–38. – DOI: 10.1016/j.jsat.2015.03.004.

298. Repérage, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnataux : note de cadrage / Haute Autorité de Santé. – Saint-Denis La Plaine : Haute Autorité de Santé, 2020. – 8 p.
299. Review of perinatal mental health screening approaches // Department of Health, Victoria : official website. – 2024. – URL: <https://www.health.vic.gov.au/patient-care/review-of-perinatal-mental-health-screening-approaches> (дата обращения: 11.06.2025).
300. Riazanova, O. V. The relationship between labor pain management, cortisol level and risk of postpartum depression development: a prospective nonrandomized observational monocentric trial / O. V. Riazanova, Yu. S. Alexandrovich, A. M. Ioskovich // Romanian Journal of Anaesthesia and Intensive Care. – 2018. – Vol. 25, № 2. – P. 123–130. – DOI: 10.21454/rjaic.7518.252.rzn.
301. Risk factors of postpartum depression and depressive symptoms: umbrella review of current evidence from systematic reviews and meta-analyses of observational studies / C. Gastaldon, M. Solmi, C. U. Correll, L. Zaninotto, A. Bartoli, N. Crocamo, G. Carrà // The British Journal of Psychiatry. – 2022. – Vol. 221, № 4. – P. 591–602. – DOI: 10.1192/bjp.2021.222.
302. Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotropin-releasing hormone / I. S. Yim, L. M. Glynn, C. Dunkel Schetter, P. Chicz-DeMet, C. J. Sandman // Archives of General Psychiatry. – 2009. – Vol. 66, № 2. – P. 162–169. – DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.533.
303. Sadek, J. A clinician's guide to suicide risk assessment and management / J. Sadek. – Cham : Springer Nature Switzerland AG, 2019. – 117 p.
304. Santé mentale périnatale au cours des 1000 premiers jours [Электронный ресурс] : MOOC / Association «Pédagogie Numérique en Santé». – 2023. – URL: <https://pns-mooc.com/fr/mooc/25/presentation> (дата обращения: 19.04.2026).
305. Screening as the entry-point to care / Perinatal Mental Health Project (PMHP). – Cape Town : PMHP, 2025. – URL: <https://pmhp.za.org/what-we-do/systems-strengthening/screening/> (дата обращения: 11.06.2025).
306. Screening fathers for postpartum depression can be cost-effective: an example from Sweden / M. M. Asper, N. Hallén, L. Lindberg, A. Månsdotter, M. Carlberg, M. B. Wells // Journal of Affective Disorders. – 2018. – Vol. 241. – P. 154–163. – DOI: 10.1016/j.jad.2018.07.044.
307. Screening for postnatal depression in primary care: cost-effectiveness analysis / M. Paulden, S. Palmer, C. Hewitt, S. Gilbody // BMJ. – 2009. – Vol. 339. – Art. b5203. – DOI: 10.1136/bmj.b5203.
308. Screening for postnatal depression within the Well Child Tamariki Ora framework / S. Campbell, S. Norris, L. Standfield, A. Suebwongpat. – Christchurch : Health Services Assessment Collaboration, 2008. – 65 p.
309. Screening for Postpartum Depression in Well-Baby Care Settings: A Systematic Review / A. I. Van der Zee-van den Berg, M. M. Boere-Boonekamp, M. J. IJzerman, M. Haasnoot-Smallegange, S. A.

- Reijneveld // *Maternal and Child Health Journal*. – 2017. – Vol. 21, № 1. – P. 9–20. – DOI: 10.1007/s10995-016-2092-0.
310. Screening med EPDS / Rikshandboken i barnhälsovård. – URL: <https://www.rikshandboken-bhv.se/foraldraskapsstod/individuellt-foraldraskapsstod/screening-med-epds/> (дата обращения: 10.06.2025).
311. Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm / World Health Organization Regional Office for Europe. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2020.
312. Screening tools / Perinatal Anxiety & Depression Aotearoa (PADA). – URL: <https://pada.nz/> (дата обращения: 10.06.2025).
313. Segmented care and barriers to mental health services in postpartum women / H. A. O'Mahen, H. A. Flynn, S. Chermack, S. Marcus // *Journal of Mental Health*. – 2013. – Vol. 22, № 6. – P. 509–515. – DOI: 10.3109/09638237.2012.743996.
314. Semenova, O. V. Prospective cohort study of postpartum depression and its predictors in the Russian Federation / O. V. Semenova, A. D. Petrova, N. B. Ivanova // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2021. – Vol. 18. – Art. 12345. – DOI: 10.3390/ijerph18012345.
315. Should samples be weighted to decrease selection bias in online surveys during the COVID-19 pandemic? Data from seven datasets / C. Haddad, H. Sacre, R. M. Zeenny, A. Hajj, M. Akel, K. Iskandar, P. Salameh // *BMC Medical Research Methodology*. – 2022. – Vol. 22. – № 1. – P. 63. – DOI: 10.1186/s12874-022-01547-3
316. Spain. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio / Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. – Madrid : Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. – 494 p.
317. Spain. Ministerio de Sanidad. Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud 2022–2026. – Madrid : Ministerio de Sanidad, 2022. – 169 p.
318. Spain. Ministerio de Sanidad. Plan de acción de salud mental 2025–2027. – Madrid : Ministerio de Sanidad, 2025. – 66 p.
319. Stewart, D. E. Postpartum depression: pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics / D. E. Stewart, S. N. Vigod // *Annual Review of Medicine*. – 2019. – Vol. 70. – P. 183–196. – DOI: 10.1146/annurev-med-041217-011106.
320. Stuart-Parrigon, K. Perinatal depression screening and treatment uptake: recent findings and clinical implications / K. Stuart-Parrigon, S. Stuart // *Current Psychiatry Reports*. – 2020. – Vol. 22, № 11. – Art. 66. – DOI: 10.1007/s11920-020-01188-1.

321. Suarez, A. Long-Term Effects of Maternal Depression during Postpartum and Early Parenthood Period on Child Socioemotional Development / A. Suarez, L. Shraibman, V. Yakupova // *Children* (Basel). – 2023. – Vol. 10, № 10. – Art. 1656. – DOI: 10.3390/children10101656.
322. Suzuki, S. National Subsidy Program for Screening of Postpartum Depression in Japan / S. Suzuki // *Asian Journal of Psychiatry*. – 2022. – Art. 103151. – DOI: 10.1016/j.ajp.2022.103151.
323. Suzuki, S. Postpartum Care Program in Japan / S. Suzuki // *Frontiers in Global Women's Health*. – 2024. – Vol. 5. – Art. 1333758. – DOI: 10.3389/fgwh.2024.1333758.
324. Sverige. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer 2025: Graviditet, förlossning och tiden efter. – Stockholm : Socialstyrelsen, 2025. – 78 p.
325. Systematic review investigating if genetic or epigenetic markers are associated with postnatal depression / J. Elwood, E. Murray, A. Bell, K. H. Glover, S. J. Sharp // *Journal of Affective Disorders*. – 2019. – Vol. 253. – P. 51–62. – DOI: 10.1016/j.jad.2019.04.059.
326. Talvik, T. Screening for postpartum depression: the Estonian version of EPDS / T. Talvik, T. Uibu, T. Voolmaa // *Eesti Arst*. – 2021. – Vol. 100, № 6–7. – P. 420–427.
327. Tools for screening maternal mental health conditions in primary care settings in sub-Saharan Africa: systematic review / L. Gyimah, I. A. Agyepong, D. Owiredo, E. Awini, L. L. Yevo, M. E. Ashinyo, S. G. E. V. Aye, S. Abbas, A. Cronin de Chavez, T. Mirzoev, A. Danso-Appiah // *Frontiers in Public Health*. – 2024. – Vol. 12. – Article 1321689. – DOI: 10.3389/fpubh.2024.1321689.
328. Towards universal screening for postpartum depression in China: lessons learned from a comprehensive prevention programme in Shenzhen / L. Jiang, D. Wu, S. Chen, H. Wang, Y. Li // *Maternal and Child Health Journal*. – 2022. – Vol. 26, № 10. – P. 2109–2117. – DOI: 10.1007/s10995-022-03482-7.
329. United Arab Emirates. Department of Health – Abu Dhabi. Postnatal Care Program Standards (DoH/ST/HQS/PCP/V1/2025). – 2025. – 23 p. – URL: doh.gov.ae (дата обращения: 11.06.2025).
330. United Kingdom. Office for Health Improvement and Disparities. Commissioning health visitors and school nurses for public health services for children aged 0 to 19 // GOV.UK : official website. – 2023.
331. United Kingdom. Office for Health Improvement and Disparities. Health Visitor Service Delivery Metrics (Experimental Statistics): 2020/2021 Annual Data Statistical Commentary. – 02.11.2021. – 14 p.
332. United Kingdom. Scottish Government. Universal Health Visiting Pathway in Scotland: pre-birth to pre-school. – Edinburgh : Scottish Government, 2015. – 52 p.
333. United States Maternal Depression Screening Rates Released for the First Time Through HEDIS : [Electronic resource] // Policy Center for Maternal Mental Health : official website. – 14.11.2022. –

URL: <https://policycentermmh.org/u-s-maternal-depression-screening-rates-released-for-the-first-time-through-hedis/> (дата обращения: 10.06.2025).

334. Universal screening of postpartum depression with Edinburgh Postpartum Depression Scale: a prospective observational study / A.-L. Fijean, M. Marçais, C. Banasiak, O. Morel, S. Dahlhoff, M.-F. Olieric, N. Mottet, J. Epstein, C. Bertholdt // *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. – 2024. – Vol. 167, № 2. – P. 758–764. – DOI: 10.1002/ijgo.15722.
335. UPlusE – U-Untersuchung plus Eltern: digitales Screeningprogramm für peripartale psychische Belastungen / UPlusE-Konsortium. – 2025.
336. USA. US Preventive Services Task Force. Interventions to prevent perinatal depression: US Preventive Services Task Force recommendation statement // *JAMA*. – 2019. – Vol. 321, № 6. – P. 580–587. – DOI: 10.1001/jama.2019.0455.
337. USA. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement: Screening for Depression in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement / A. L. Siu, and USPSTF // *JAMA*. – 2016. – Vol. 315, № 4. – P. 380–387. – DOI: 10.1001/jama.2015.18392.
338. Use of Whooley Questions and GAD-2 Tools in Screening for Perinatal Mental Health: Current Expert Considerations / P. Grussu, M. Severo, G. J. Jorizzo, R. M. Quatraro // *Healthcare*. – 2024. – Vol. 12. – № 24. – Article 2549. – DOI: 10.3390/healthcare12242549.
339. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression / J. Smith-Nielsen, S. Matthey, T. Lange, M. S. Væver // *BMC Psychiatry*. – 2018. – Vol. 18. – Art. 393. – DOI: 10.1186/s12888-018-1965-7.
340. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for depression in late pregnancy among Nigerian women / A. O. Adewuya, B. A. Ola, A. O. Dada, O. O. Fasoto // *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. – 2007. – Vol. 27. – № 4. – P. 267–272. – DOI: 10.1080/01674820600915478.
341. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers / L. García-Esteve, C. Ascaso, J. Ojuel, P. Navarro // *Journal of Affective Disorders*. – 2003. – Vol. 75. – № 1. – P. 71–76. – DOI: 10.1016/S0165-0327(02)00020-4.
342. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population / B. Arroll, E. Ellis-Pegler, F. Goodyear-Smith, T. Kerse, J. Fishman // *Annals of Family Medicine*. – 2010. – Vol. 8, № 4. – P. 348–353. – DOI: 10.1370/afm.1139.
343. Van der Zee-van den Berg, A. I. Impact van postpartumdepressie op zorggebruik en arbeidsparticipatie / A. I. van der Zee-van den Berg, S. I. A. Reijneveld, M. M. Boere-Boonekamp // *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. – 2021. – Vol. 165. – Art. D5359.
344. Van Niel, M. S. Perinatal depression: a review / M. S. Van Niel, J. L. Payne // *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. – 2020. – Vol. 87, № 5. – P. 273–277. – DOI: 10.3949/ccjm.87a.19054.

345. WHO Special Initiative for Mental Health – Jordan / World Health Organization. – Geneva : World Health Organization, 2024. – 12 p.
346. Viele Frauen finden keine Hebamme für das Wochenbett // Kinderheldin. – Letztes Update am 29.08.2024. – URL: <https://kinderheldin.de/magazin/wochenbett/viele-frauen-finden-keine-hebamme> (дата обращения: 10.06.2025).
347. Wilson, J. M. G. Principles and practice of screening for disease / J. M. G. Wilson, G. Jungner. – Geneva : World Health Organization, 1968. – 163 p.
348. Yakupova, V. A. Birth experience, postpartum PTSD and depression before and during the pandemic of COVID-19 in Russia / V. A. Yakupova, A. Suarez, A. Kharchenko // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2022. – Vol. 19, № 1. – Art. 335. – DOI: 10.3390/ijerph19010335.
349. Yakupova, V. A. Postpartum Depression and Birth Experience in Russia / V. A. Yakupova, A. Suarez // Psychology in Russia: State of the Art. – 2021. – Vol. 14, № 1. – P. 28–38. – DOI: 10.11621/pir.2021.0103.
350. Yamada, A. Association between lack of social support from partner or others and postpartum depression among Japanese mothers: a population-based cross-sectional study / A. Yamada, A. Isumi, T. Fujiwara // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2020. – Vol. 17, № 12. – P. 42–70. – DOI: 10.3390/ijerph17124270.

ПРИЛОЖЕНИЕ А. Сравнение международных рекомендаций по скринингу на послеродовую депрессию

Таблица А.1 – Сравнение международных рекомендаций по скринингу на ПРД

СТРАНА, ОРГАНИЗАЦИЯ, ДОКУМЕН	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СКРИНИНГУ	ИНСТРУМЕНТЫ	СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ	КТО ПРОВОДИТ
Великобритания NICE CG192 (2020) <i>«Healthy Child Programme»</i>	Скрининг не обязателен, но рекомендован. Проводится как на индивидуальном приеме матери врачом ОП, так и на профилактических приемах ребенка <i>«baby check»</i>	<i>Whooley questions</i> EPDS ≥ 10 PHQ-9	- отдельная консультация на 6–8 неделе после родов - на каждом дородовом приеме и профилактическом осмотре ребенка - повтор в 3–4 и 9–12 месяцев по показаниям	- врач общей практики (GP) - патронажная медсестра (<i>health visitor</i>)
Шотландия <i>«Universal Health Visiting Pathway»</i> (Scottish Govt, 2015)	Скрининг не обязателен, но рекомендован.	<i>Whooley questions</i> EPDS ≥ 10	- 6–8 недель после родов	- патронажная медсестра (<i>health visitor</i>)
США ACOG <i>Clinical Practice Guideline № 4 «Screening and Diagnosis of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum»</i> (2023)	Скрининг должен сопровождаться чётким маршрутом: подтверждающая диагностика, лечение (или направление), наблюдение.	EPDS ≥ 10 PHQ-9 PHQ-2 GAD-7	- во время беременности - 6 недель после родов	- акушер-гинеколог - педиатр

Продолжение Таблицы А.1

США USPSTF <i>Recommendation Statement «Interventions to Prevent Perinatal Depression» (2025)</i>	Подчёркивает не конкретные визиты, а идентификацию групп высокого риска (личный/семейный анамнез депрессии, низкий доход, юный возраст, отсутствие партнёра и т. д.) ещё во время беременности	допускается любой валидированный инструмент EPDS $\geq$ 10 PHQ-9	- регулярный скрининг всех взрослых, включая беременных и родильниц - профилактическое консультирование женщин из групп риска	клиницисты первичной медико-санитарной помощи (<i>primary care clinicians</i>)
США AAP <i>Policy Statement “Incorporating Recognition and Management of Perinatal Depression into Pediatric Practice” (2019)</i>	Педиатр должен иметь протокол немедленного направления матери на оценку/лечение и информировать её об осложнениях нелеченой ПРД.	EPDS $\geq$ 10 PHQ-2 $\rightarrow$ PHQ-9	Скрининг матери во время осмотров ребёнка в 1, 2, 4 и 6 месяцев (<i>well-child-visits</i>)	педиатр
Австралия COPE <i>Effective Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline (COPE + NHMRC)</i>	Всеобщий обязательный скрининг « <i>screen all</i> »; обязательный скрининг отцов/партнёров	EPDS $\geq$ 10 e-Screening	- минимум 1 скрининг до 28 недель беременности - 6–12 недели после родов - при рисках – повторять чаще - онлайн-опросник iCOPE в любое время	- акушерки в роддомах, - врачи общей практики, - патронажные медсёстры <i>Maternal-and-Child-Health (MCH)</i> - смвопросник

Продолжение Таблицы А.1

Новая Зеландия <i>Ministry of Health (New Zealand) Well Child Tamariki Ora (WCTO)</i>	Рекомендуется проводить у всех женщин после родов	EPDS ≥ 12 PHQ-3	- 1 триместр беременности - 4-6 недель после родов - 3-4 месяца при каждом осмотре ребенка - онлайн-опросник iCOPE в любое время	- акушеры-гинекологи - педиатры - психологи и психотерапевты - медсестры и акушерки - семейные врачи - самоопросник
Канада, Альберта AHS <i>Public Health PPD Policy Suite (2019)</i>	Политика AHS делает скрининг стандартом оказания услуги; юридических санкций нет, но документ обязателен для учреждений AHS	EPDS ≥ 10 суицидальный алгоритм	5–10 дней после родов	- медсестры общественного здравоохранения
Канада, Британская Колумбия <i>Perinatal Services British Columbia (PSBC), 2023</i>	Рекомендация «screen all» прописана в руководстве, но правоприменение мягкое	ANRQ EPDS $\geq 12/13$ Kimberley Mums Mood Scale – для коренных народов	- во II–III триместре - 6–12 нед. после родов - онлайн-опросник iCOPE в любое время	- акушерки, - медсестры общественного здравоохранения, - врачи ПСМП - поставщики послеродового ухода
Канада, Онтарио <i>Healthy Babies Healthy Children (НВНС); Постнатальный модуль (Parkyn Postpartum Screen, 2012)</i>	Формально «универсальный» охват в роддомах; фактически реализация зависит от больницы и района Акцент на комплексных социальных рисках	Parkyn Postpartum Screen EPDS $\geq 12/13$	- перед выпиской из роддома; - телефонный звонок через 48ч.; - при риске – визит медсестры на дому	- акушерки, - медсестры общественного здравоохранения, - врачи ПСМП - поставщики послеродового ухода
Франция <i>Entretien Postnatal Précoce (EPNP), 2022</i>	обязательный ранний послеродовой приём оплачиваемый системой ОМС	EDPS ≥ 11 клиническое интервью	- 4-8 нед - 10-14 нед по показаниям	- акушерка - акушер-гинеколог

Продолжение Таблицы А.1

Франция Стратегия « <i>Les 1000 premiers jours</i> »	Приоритет перинатального психического здоровья	EPDS ≥ 11 (цифровая с автонаправлением)	в любое время	- самоопросник
Германия, UPlusE (<i>U-Untersuchung Plus Eltern</i>) 2023	Цифровой скрининг EPDS + KID-PROTEKT в женских и педиатрических практиках	EPDS ≥ 13 KID-PROTEKT	- 30-е недель беременности - 6-8 недель после родов - до 12 месяцев во время осмотров ребенка	- гинеколог - педиатр
Германия Федеральная инициатива <i>Frühe Hilfen</i> (2012)	Рекомендует EPDS как опциональный чек-лист для патронажных служб	Неструктурированное интервью EPDS ≥ 12	- домашние визиты 0–12 недель	- акушерка
Испания, Каталония Pla 2023-2028 Dept. Salut	Рекомендован, но необязателен	EPDS ≥ 13	4 недели после родов	- акушерка
Испания, Мадрид Программа « <i>Mis primeros 1000 días</i> »	Пилот с 2023 г., масштабирование 2025 г.	EPDS ≥ 13 (цифровая с автонаправлением)	в любое время	- mobile-app - семейные медсестры
Испания, страна Басков <i>Programa de Salud Infantil</i> (PSI)		Субъективные вопросы EPDS ≥ 13	4-6 нед	- медсестра
Швеция <i>Barnhälsovårdens Nationella Program</i> (BHV)	Обязательная индивидуальная беседа и EPDS для всех родивших	EPDS ≥ 12	- 6–8 недель после родов - повтор при риске	- медсестра BHV
Швеция <i>Rikshandboken i BHV: "Screening med EPDS"</i>	Рекомендуется для 2-го родителя в 3–5 месяцев	EPDS ≥ 12 с клиническим интервью	- 6–8 недель - повтор при риске	- медсестра BHV - психолог BHV

Продолжение Таблицы А.1

Швеция <i>Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer "Graviditet, förlossning och tiden efter"</i> (2025)	Рекомендуется фиксировать результат в электронной карте	EPDS ≥ 12 с клиническим интервью	- 1–2 недели после родов - 6–16 недель после родов	- акушерка - медсестра BHV
Норвегия, <i>Helsestasjon 0–5 år</i>	Всесторонняя оценка семьи; при 6-недельной консультации обязательно обсудить психическое состояние родителей	EPDS $\geq 10/11$ по усмотрению клиническое интервью	6 недель после родов	- патронажная медсестра <i>helsesykepleiere</i> - врач общей практики
Норвегия <i>Edinburgh-metoden (RBUP/Tidlig inn)</i>	Систематическая EPDS и 1–3 поддерживающие беседы	EPDS $\geq 10/11$ беседа по протоколу	- 6–8 недель после родов - повтор при риске	- патронажная медсестра <i>helsesykepleiere</i> - акушерка
Дания, Муниципальная служба здравоохранения	Охватывает всех матерей во время патронажных визитов <i>health-visitor</i>	EPDS ≥ 11 EPDS-Partner при необходимости	- 6–8 недель после родов - повтор при риске	- патронажная медсестра от муниципалитета <i>health-visitor</i>
Дания, послеродовая консультация ВОП	Входит в оплачиваемый пакет «barsel-check»; допускается онлайн-анкета до визита	EPDS ≥ 11 PHQ-9	- 8 недель после родов	- медсестра - ВОП
Дания, « <i>Tidlig indsats til sårbare familier</i> » (ранняя помощь уязвимым семьям)	Для семей с уровнем риска 3–4; до 9 доп. визитов; перевод услуг на язык семьи	EPDS ≥ 11 клиническое интервью ADBB при сомнениях	- 4 недели после родов - 12 или 24 недели после родов	междисциплинарная команда (<i>health-visitor</i> , психолог, соцработник)
Италия SNLG ISS <i>Linee guida peripartum</i>	Универсальный скрининг всех матерей; повторные проверки для групп риска	EPDS $\geq 9/10$ Whooley questions	- 6–12 недель после родов - повтор при риске до 6 месяцев	- акушерка - семейный врач - педиатр - психолог

Продолжение Таблицы А.1

Италия, Ломбардия Progetto BLUES	Скрининг + программа домашних визитов «Thinking Healthy»; мобильное приложение	EPDS $\geq 9/10$ Whooley questions	- 4-8 недель после родов - контроль каждые 3 месяца до года	- специально обученные медсестры
Италия, <i>Network Italiano Salute Mentale Perinatale</i>	Многоцентровое наблюдение и стандартизация практик	EPDS $\geq 9/10$ GAD-7	- во время беременности - до 12 недель после родов	команды родильных отделений и служб психического здоровья
Нидерланды, KNOV	Постнатальная помощь встроена в обязательные визиты акушерки («kraamzorg») + цифровые дневники; модули по ментальному здоровью входят в многопрофильную программу <i>Richtlijn Postnatale Zorg</i>	EPDS ≥ 10 Whooley questions	- 6 недель после родов - при риске – повтор до 6 месяцев	- акушерки - медсестры «kraamzorg» - семейные врачи
Финляндия, THL Neuvola	Охват 99 % семей; депрессия входит в национальный чек-лист медстрахования	EPDS ≥ 10 Whooley questions	- 5–8 недель после родов - 4 месяца после родов - при каждом тревожном визите	- медсестра - педиатр
Бельгия (Фландрия), <i>Kind en Gezin</i>	Обязательный чек-лист психического благополучия	EPDS ≥ 11 Whooley questions	- 5–10 дней после родов - 6 недель после родов - 12 недель после родов	- патронажная медсестра - семейный врач
ЮАР, PMHP/Western Cape	Универсальный скрининг + таргетинг групп риска	4-item PMHP-tool → EPDS ≥ 13	- 1-й визит - 6 нед. после родов	- акушерка - PMHP-консультант
Кения, <i>Healthy Moms</i> (пилот)	Мобильное самозаполнение, автоматическая маршрутизация	EPDS $\geq 9/10$ PHQ-9	- 6 недель после родов - контроль при риске до 6 месяцев	- медсестра, - цифровой трекер
Нигерия Lagos UTH (пилот)	Обязательный опрос в послеродовом кабинете	EPDS ≥ 10	- 6 недель после родов	- ВОП - акушерка

Продолжение Таблицы А.1

Эфиопия <i>Health Extension Program</i>	Сельский патронаж, опросы в клинике	PHQ-9 EPDS ≥ 10 SRQ-20	- 7 дней после родов на дому - 6 недель после родов в клинике	- сотрудник программы
Китай, 国家卫健委 (NHC) « <i>Birth-Friendly Hospitals</i> »	Универсальный скрининг; обязательная маршрутизация EPDS ≥ 10	EPDS ≥ 10 PHQ-9 беременность	- во время беременности ≥ 1 раз; - 42 день после родов	- врачи МСЧ, - акушерки, - участковые терапевты
Китай, Шэньчжэньская программа ПРД- профилактики	Городской приказ № 67- 2013: EPDS + повтор 3 мес. для групп риска	EPDS ≥ 9	- выписка и 42 день; - при риске – 3 и 6 мес.	- акушерки роддомов - психологи женских консультаций
Китай, Шанхай «Интернет + MCH Cloud»	Самоскрининг в приложении; авто- направление > 10 баллов	EPDS ≥ 10	4–6 нед. после родов (онлайн)	- е-консультанты, - патронажные сёстры
Япония, <i>Postpartum Care Program</i> (Минздрав Японии)	Обязательный скрининг, отчёт в муниципалитет; финансирование 50/50	EPDS ≥ 10	2 нед. и/или 1 мес. после родов	- акушеры, - медсёстры роддомов
Сингапур, <i>Perinatal Mental Health Guidelines</i> (COGS, Сингапур)	Универсальный скрининг; повтор при группах риска	EPDS ≥ 13 PHQ-2/Whooley для первичного отбора	6–8 нед. после родов	- акушер-гинеколог - семейный врач
Корея, Happy Mother App (MCHW)	Мобильный самоскрининг + автоматическая маршрутизация	К-EPDS ≥ 10 CBT-модули в приложении	4–8 нед.; контроль до 6 мес.	- патронажные медсёстры, - е-консультанты
Индия, « <i>Atma Manasu</i> » (Департамент здравоохранения Кералы)	Скрининг во время беременности и прививок; ступенчатая система помощи	EPDS ≥ 9	Аntenатально и 6 нед. после родов	- общественные медсёстры, - психиатры

Продолжение Таблицы А.1

ОАЭ, DoH (Абу-Даби) – <i>Postnatal Care Program</i>	4 визита; обязательная оценка эмоционального состояния; EPDS $\geq 13 \rightarrow$ <i>psychologist/psychiatrist</i>	EPDS ≥ 13	- 10–14 дн.; - при риске – дополн. визиты	- акушер-гинеколог, - медсестра РНС
РНСС (Катар)	Обязательный EPDS на 6-й нед.; повтор при риске	EPDS ≥ 13	- 6 нед.; - при риске – 3 и 6 мес.	- врач семейной медицины, - медсестра
Катар, <i>Sidra Medicine – Mothers & Babies (RCT)</i>	КБТ-модули + повторный онлайн-EPDS	EPDS ≥ 13 GAD-7	- в беременность; - 6 мес. послеродов	- обученные консультанты
Саудовская Аравия, МОН KSA – MBFMF Initiative	Скрининг как KPI аккредитации; обязательная маршрутизация	EPDS ≥ 13	- выписка; - 42 день	- акушерки, - психиатры
Иордания, включена в программу <i>WHO Special Initiative for Mental Health</i>	Минздрав интегрирует ПРД-оценку в карты женских и детских консультаций	EPDS ≥ 10	В родильных отделениях при выписке и в МСН-клиниках (6 нед.); по плану – охват всех провинций к концу 2025 г.	-
Египет, вопрос о включении скрининга рассматривает МоНР	Национального стандарта нет, но в Каире и Асьюте работают пилот-кабинеты при МСН-центрах (« <i>First 1000 Days</i> »);	EPDS ≥ 13	6-недельный визит матери и ребёнка	-
Ливан, Скрининг ведут НКО (Amel, ABAAD) и Sidra-совместные клиники для сирийских беженцев	государственная политика отсутствует	EPDS ≥ 13 (араб.)	- 0–24 мес. после родов	-

Продолжение Таблицы А.1

Марокко	Ещё в 2005 г. EPDS валидирован, вопрос о универсальном скрининге регулярно поднимается Минздравом, но стандарт не принят	EPDS ≥ 12	- 2 нед., 6 нед., 6 мес.	-
Бахрейн	Скрининг не системный; в РНС-поликлиниках проводят EPDS на 8-й неделе, если врач считает нужным	EPDS ≥ 12	-диспансеризация «mother-&-baby clinic», 8 нед.	-
Оман	Пока только рекомендации кафедры общественного здоровья SQU	EPDS ≥ 13	2 и 8 нед. после родов в МСЧ	-
Кувейт	Национального скрининга нет; изучается на базе <i>Kuwait Birth Cohort</i>	EPDS ≥ 13	Аntenатально и 6–8 нед. после родов (пилот в 3 клиниках)	электронные визиты
Эстония, Estonian EPDS Study	Исследователи предлагают включить EPDS в обязательный послеродовой визит	EPDS ≥ 11	6 нед. после родов	- акушер-гинекологи, - медсёстры - поликлиник
Литва, Нац. план психического здоровья 2030	План фиксирует «оценку материнского настроения» в первичной помощи; пока добровольно	EPDS ≥ 7	2 нед.; повтор при риске	Персонал роддомов-энтузиастов
Латвия, проект RSU «Advancing PPD Care»	Валидировать EPDS/PHQ-9 и отработать пилот маршрутизации в Риге (2024-26 гг.)	EPDS	6 нед.; + 3 мес. в пилоте	- семейные врачи, - медсёстры пилотных поликлиник
Украина, «Кабінет здорової мами» (пилот)	EPDS в онлайн-формате	EPDS ≥ 13	- онлайн-опрос ≤ 6 мес.; - очно 6 нед.	- семейные врачи, - медсёстры

Продолжение Таблицы А.1

Армения, PHC-исследование Еревана	Рекомендовано включить EPDS в карты МСЧ, но нормативов нет	$EPDS \geq 11$	1-3 мес. после родов (телефон)	Терапевты PHC
Грузия, GBMN-пилот	Онлайн-опрос выявил риск 49 %; инициирован запрос Министерства здравоохранения на КР	$EPDS \geq 13$	Онлайн 0-12 мес.	Общественные консультанты, НКО
Казахстан, дорожная карта «Здоровая семья 2025» (проект)	Планируется обязательный EPDS на 6-й неделе; мотивацией служит кросс-секц. исследование Семей	$EPDS \geq 12$	6 нед.; контроль до 12 мес.	- медсёстры поликлиник, - патронат

ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Исследование уровня осведомленности о возможных психологических проблемах женщин после родов среди матерей (анкета)

Уважаемый респондент!

Просим вас принять участие в опросе и заполнить анкету, нацеленную на выяснение уровня осведомленности о возможных психологических проблемах женщин после родов, об их отношении к диагностике нарушений и к специализированной психологической помощи. Вы можете заполнить анкету, если вы женщина, имеющая одного или нескольких детей в возрасте до 1 года.

Анкета разработана в Высшей школе управления здравоохранением Первого МГМУ им. И. М. Сеченова. Результаты анкетирования будут использованы для разработки программ помощи женщинам после родов. Отвечая на вопросы, вы поможете в будущем мамам не оставаться в одиночестве в сложной ситуации, вовремя распознавать проблемы и получить грамотную и бережную поддержку от близких людей и/или специалистов.

Анкета полностью анонимна. В ней нет правильных или неправильных ответов, она направлена на изучение вашего мнения. Заполнение займет от 10 до 15 минут

Заполняя данный опрос, вы подтверждаете, что:

ознакомлены с целями исследования;

согласны на обработку своих ответов в анонимной форме;

даете информированное согласие на участие.

Если вы согласны, пожалуйста, переходите к вопросам.

1. Укажите ваш возраст (полных лет): (Одиночный выбор)

☐ Младше 18 лет

☐ 18-23 года

☐ 24-29 лет

☐ 30-35 лет

☐ 36-41 год

☐ 42-47 лет

☐ Старше 47 лет

2. Укажите, сколько у вас детей? (Одиночный выбор)

☐ 0

☐ 1

☐ 2

- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ Более 5

3-7. Укажите пол и возраст вашего ребенка: (Матрица 3D)

8. Укажите ваше семейное положение в настоящий момент: (Одиночный выбор)

- ☐ Замужем/Гражданский брак
- ☐ Не замужем/Разведен(-а)
- ☐ Другой вариант

9. Ваш уровень образования: (Одиночный выбор)

- ☐ Неполное среднее
- ☐ Среднее
- ☐ Среднее специальное
- ☐ Неполное высшее
- ☐ Высшее
- ☐ Ученая степень

10. Работаете ли вы в настоящее время? (Одиночный выбор)

- ☐ Работаю, полная занятость
- ☐ Работаю, частичная занятость
- ☐ Нахожусь в отпуске по уходу за ребенком
- ☐ Занимаюсь ведением домашнего хозяйства
- ☐ Пенсионерка
- ☐ Безработная
- ☐ Другой вариант

11. Если вы работаете в настоящий момент, укажите ваш род занятий в настоящий момент: (Одиночный выбор)

- ☐ Работа по найму в коммерческом секторе
- ☐ Работа по найму в государственном секторе
- ☐ Собственный бизнес
- ☐ Другой вариант

12. Укажите сферу вашей деятельности: (Выпадающий список)

- ☐ Аналитическая деятельность и прогнозирование
- ☐ Аудит/Консалтинг/Консультирование
- ☐ Банковские услуги
- ☐ Безопасность/армия/силовые структуры
- ☐ Бухгалтерские услуги
- ☐ Бытовые услуги (услуги населению)
- ☐ Гостиничное дело
- ☐ Государственная служба (органы управления, администрация)
- ☐ Дизайн
- ☐ Добыча ресурсов, сырья
- ☐ Жилищно-коммунальное хозяйство
- ☐ Журналистика, переводческая деятельность
- ☐ Издательско-полиграфическая деятельность
- ☐ Инвестиционные услуги
- ☐ Индустрия красоты
- ☐ Информационные технологии /ИТ/Интернет/Телекоммуникации
- ☐ Искусство
- ☐ Кадровые службы, HR, охрана труда
- ☐ Логистика, склад, закупки, снабжение
- ☐ Маркетинг/Реклама/PR
- ☐ Медицина, здравоохранение, фармацевтика
- ☐ Налоговая, инспекторская служба
- ☐ Наука
- ☐ Недвижимость
- ☐ Образование/дошкольное воспитание
- ☐ Общественное питание (кафе, рестораны, бары, столовые)
- ☐ Оптовая торговля/Розничная торговля
- ☐ Промышленность, производство
- ☐ Сельское хозяйство, лесное хозяйство, рыбное хозяйство
- ☐ Социальные службы, некоммерческие организации
- ☐ Спорт/фитнес
- ☐ Средства массовой информации (СМИ)
- ☐ Страхование

- ☐ Строительство, архитектура
- ☐ Транспорт
- ☐ Туризм
- ☐ Удаленная работа, фриланс
- ☐ Услуги/Сервис/Обслуживание
- ☐ Финансовые услуги
- ☐ Юридическая деятельность
- ☐ Другой вариант

13. В каком субъекте РФ вы проживаете в настоящее время? (Выпадающий список)

14. В населенном пункте какого типа вы проживаете в настоящее время? (Одиночный выбор)

- ☐ Город более 1 млн чел.
- ☐ Город 500 тыс. - 1 млн чел.
- ☐ Город 100 - 500 тыс. чел.
- ☐ Город менее 100 тыс. чел.
- ☐ Поселок городского типа
- ☐ Сельский населенный пункт

Следующие 13 вопросов касаются вашего эмоционального состояния. Отметьте в каждом вопросе вариант, наиболее соответствующий тому, как вы себя чувствовали на протяжении последней недели.

15. Я смеялась и обращала внимание на забавные моменты (Одиночный выбор)

- ☐ Так же как обычно
- ☐ Несколько меньше, чем обычно
- ☐ Существенно меньше, чем обычно
- ☐ Совсем нет

16. Я жила в ожидании чего-то приятного (Одиночный выбор)

- ☐ Так же как обычно
- ☐ Несколько меньше, чем обычно
- ☐ Существенно меньше, чем обычно
- ☐ Совсем нет

17. Я винила себе необоснованно, когда что-то шло не так (Одиночный выбор)

- ☐ Да, большую часть времени

☐ Да, несколько раз

☐ Почти нет

☐ Ни разу

18. Я сильно тревожилась без видимой причины (Одиночный выбор)

☐ Совсем нет

☐ Почти нет

☐ Да, иногда

☐ Да, очень часто

19. Я чувствовала страх и панику без видимой причины (Одиночный выбор)

☐ Да, очень часто

☐ Да, иногда

☐ Почти нет

☐ Совсем нет

20. Я не справлялась с делами (Одиночный выбор)

☐ Да, в большинстве случаев я совсем не справлялась

☐ В некоторых случаях мне не удавалось справиться так хорошо, как всегда

☐ В большинстве случаев я справлялась хорошо

☐ Я справлялась так же хорошо, как обычно

21. Я чувствовала себя такой несчастной, что не могла нормально спать (Одиночный выбор)

☐ Да, большую часть времени

☐ Да, несколько раз

☐ Почти нет

☐ Ни разу

22. Я чувствовала себя грустной и несчастной (Одиночный выбор)

☐ Да, большую часть времени

☐ Да, часто

☐ Почти нет

☐ Ни разу

23. Я чувствовала себя такой несчастной, что плакала (Одиночный выбор)

☐ Да, большую часть времени

☐ Да, часто

☐ Почти нет

☐ Ни разу

24. Мне в голову приходила мысль причинить себе вред (Одиночный выбор)

☐ Да, часто

___ Иногда

___ Ни разу

25. У меня был снижен интерес или удовольствие от выполнения ежедневных дел в течение двух последних недель (Одиночный выбор)

___ Ни разу

___ Несколько дней

___ Более недели

___ Почти каждый день

26. У меня было плохое настроение, я была подавлена или испытывала чувство безысходности в течение двух последних недель (Одиночный выбор)

___ Ни разу

___ Несколько дней

___ Более недели

___ Почти каждый день

27. Мне нужна была помощь в этом в течение двух последних недель (Одиночный выбор)

___ Ни разу

___ Несколько дней

___ Более половины времени

___ Почти каждый день

Следующие 10 вопросов направлены на изучение вашего отношения к психическим и физическим симптомам, которые могут испытывать женщины с маленькими детьми.

28. В течение трех месяцев после родов для мамы нормально испытывать следующие проблемы (*отметьте все подходящие варианты ответов*): (Множественный выбор)

___ Чувствовать себя все время уставшей

___ Спать слишком мало, страдать от бессонницы почти каждую ночь

___ Спать слишком много, постоянно хотеть спать

___ Чувствовать себя несчастной, часто плакать и постоянно грустить

___ Постоянно хотеть есть или потерять интерес к еде

___ Потерять интерес к тому, что раньше радовало

___ Не видеть необходимости следить за своей внешностью

___ Испытывать невозможность сосредоточиться и постоянно что-то забывать

___ Чувствовать себя постоянно виноватой

___ Чувствовать, что уход за малышом и повседневные дела – непосильные для нее задачи

- ☐ Чувствовать, что она больше никогда не будет счастлива
- ☐ Считать, что семье было бы лучше без нее
- ☐ Ничего из вышеперечисленного

29. В течение года после родов для мамы нормально испытывать следующие проблемы (*отметьте все подходящие варианты ответов*): (Множественный выбор)

- ☐ Чувствовать себя несчастной, часто плакать и постоянно грустить
- ☐ Чувствовать себя все время уставшей
- ☐ Спать слишком мало, страдать от бессонницы почти каждую ночь
- ☐ Спать слишком много, постоянно хотеть спать
- ☐ Постоянно хотеть есть или потерять интерес к еде
- ☐ Потерять интерес к тому, что раньше радовало
- ☐ Не видеть необходимости следить за своей внешностью
- ☐ Испытывать невозможность сосредоточиться и постоянно что-то забывать
- ☐ Чувствовать себя постоянно виноватой
- ☐ Чувствовать, что уход за малышом и повседневные дела – непосильные для нее задачи
- ☐ Чувствовать, что она больше никогда не будет счастлива
- ☐ Считать, что семье было бы лучше без нее
- ☐ Ничего из вышеперечисленного

30. Если мама испытывает какие-то из вышеперечисленных проблем, могут ли они, на ваш взгляд, самостоятельно разрешиться со временем? (Одиночный выбор)

- ☐ Точно да, станет лучше со временем
- ☐ Скорее всего да, без всякой помощи станет лучше со временем
- ☐ Скорее всего нет, без помощи лучше не станет
- ☐ Точно нет, со временем станет только хуже
- ☐ Зависит от проблемы: одни могут разрешиться сами, другие нет
- ☐ Другой вариант

31. Если мама испытывает какие-то из вышеперечисленных проблем, будет ли ей полезно, на ваш взгляд, обратиться за помощью? (Одиночный выбор)

- ☐ Точно да
- ☐ Скорее всего да
- ☐ Скорее всего нет
- ☐ Точно нет

32. Оцените, насколько на ваш взгляд общение с перечисленными ниже лицами может помочь или навредить маме с указанными ранее проблемами (Матрица)

	Скорее будет полезным	Не будет ни полезным, ни вредным	Скорее будет вредным	Затрудняюсь ответить
Врач общей практики				
Фармацевт в аптеке				
Психиатр				
Психотерапевт				
Психолог				
Близкие родственники				
Близкие друзья				
Натуропат/травник/гомеопат				
Духовник/священник				
Другие женщины с похожими проблемами				
Помощница по хозяйству				
Няня				

33. Оцените, насколько на ваш взгляд перечисленные ниже действия могут помочь или навредить маме с указанными ранее проблемами (Матрица)

	Скорее будет полезным	Не будет ни полезным, ни вредным	Скорее будет вредным	Затрудняюсь ответить
Прием витаминов				
Прием обезболивающих препаратов				
Прием антидепрессантов				
Прием снотворных				
Прием нейролептиков				
Прием транквилизаторов				
Физическая активность				
Чтение о людях с похожими проблемами в интернете				
Прогулки				
Релаксация/Медитация/Йога				
Исключение алкоголя				
Умеренный прием алкоголя				
Особенная диета				
Отдых				

Следующие 13 вопросов касаются вашей осведомленности о послеродовой депрессии и отношении к скринингу на нее (скрининг – это простое обследование, направленное на раннее выявление симптомов того или иного состояния/заболевания)

34. Что вы думаете о таком заболевании как послеродовая депрессия? (Одиночный выбор)

- ☐ Послеродовая депрессия – это выдумка
- ☐ Я слышала о послеродовой депрессии, но лично никогда не сталкивалась
- ☐ Я сталкивалась с послеродовой депрессией у других женщин
- ☐ Я сама лично столкнулась с послеродовой депрессией
- ☐ Другой вариант

35. Было бы для вас приемлемо заполнение короткой анкеты для выявления симптомов депрессии на приеме у специалиста не психиатрического профиля (например, педиатра, гинеколога)? (Одиночный выбор)

- ☐ Да
- ☐ Нет

36. Почему для вас неприемлемо заполнение короткой анкеты для выявления симптомов депрессии на приеме у специалиста не психиатрического профиля (педиатра, гинеколога) (отметьте все подходящие варианты ответов)? (Множественный выбор)

- ☐ Я не хочу тратить время на то, что мне не нужно
- ☐ Такой специалист не сможет правильно оценить симптомы
- ☐ Такой специалист не сможет оказать необходимую помощь, даже если послеродовая депрессия будет выявлена
- ☐ Это нарушает мои права, так как я не обращалась за такого рода помощью
- ☐ Другой вариант

37. Согласны или не согласны ли вы со следующими утверждениями? (Матрица)

	Да	Нет
Я бы заполнила опросник даже если была бы точно уверена, что у меня нет послеродовой депрессии		
Я готова честно ответить на все вопросы опросника		
Я готова заполнять опросник на каждом приеме		
Я готова заполнять опросник не чаще раза в год		
Мне было бы комфортно, чтобы баллы в опроснике подсчитывал только врач		

Мне было бы комфортно, чтобы баллы в опроснике подсчитала медсестра/ассистент врача на приеме		
Я бы воспользовалась направлением к профильному специалисту, если бы опросник выявил в этом необходимость		

38. Было бы для вас приемлемо самостоятельное заполнение анкеты для выявления симптомов депрессии в приложении на смартфоне или на сайте с последующим автоматическим подсчетом результата (*отметьте все подходящие варианты ответов*)? (Множественный выбор)

- ☐ Да
- ☐ Да, если это приложение/сайт советует специалист
- ☐ Да, только если результаты остаются известными только мне
- ☐ Да, если результаты можно отправить специалисту
- ☐ Да, если опрос анонимный
- ☐ Нет, неприемлемо
- ☐ Другой вариант

39. Знакомы ли вы с какими-либо инструментами (анкеты, опросники, приложения, сайты) для самостоятельного выявления депрессии? (Одиночный выбор)

- ☐ Да
- ☐ Нет

40. На ваш взгляд, требуется ли женщинам с послеродовой депрессией помощь психолога, психотерапевта или психиатра? (*отметьте все подходящие варианты ответов*) (Множественный выбор)

- ☐ Да, психолога
- ☐ Да, психотерапевта
- ☐ Да, психиатра
- ☐ Да, психолога или психотерапевта, но не психиатра
- ☐ Да, любого из вышеперечисленных специалистов в зависимости от тяжести состояния
- ☐ Нет, женщина должна справиться с послеродовой депрессией самостоятельно
- ☐ Другой вариант

41. Как вы оцениваете вероятность выздоровления при обращении к нужному специалисту? (Одиночный выбор)

- ☐ Вполне возможно полное выздоровление
- ☐ Станет лучше, но полное выздоровление вряд ли возможно

☐ Скорее всего, состояние останется без изменений

☐ Может стать только хуже

42. Что может препятствовать обращению женщины с послеродовой депрессией за помощью к психологу, психотерапевту или психиатру? *(отметьте все подходящие варианты ответов)*

(Множественный выбор)

☐ Женщина не осознает наличие у нее проблем, требующих обращения за помощью к психологу, психотерапевту или психиатру

☐ Женщина не признает существования такого заболевания, как послеродовая депрессия

☐ Женщина списывает психические недомогания на соматические (физические) причины, например: усталость, хронические заболевания, боли и т.д.

☐ Женщина списывает психические недомогания на другие причины, например: конфликты в семье, развод, сложное материальное положение, проблемы со здоровьем ребенка и т.д.

☐ Женщина считает, что обращение за помощью к психологу, психотерапевту или психиатру – признак слабости

☐ Женщина не знает куда обратиться

☐ Женщина не имеет материальных ресурсов для обращения к специалисту

☐ Женщина не имеет времени для обращения к специалисту

☐ Обращаться к психологу, психотерапевту или психиатру стыдно

☐ Обращение к специалисту за психиатрической помощью может осложнить жизнь (поставят на учет, могут возникнуть проблемы с трудоустройством, получением водительских прав и т.п.)

☐ Другой вариант

43. Считаете ли вы возможным вылечить депрессию в принципе? (Одиночный выбор)

☐ Да

☐ Нет

☐ Затрудняюсь ответить

44. Считаете ли вы приемлемым принимать антидепрессанты для лечения послеродовой депрессии? (Одиночный выбор)

☐ Да

☐ Нет

☐ Затрудняюсь ответить

45. Согласны или не согласны ли вы с следующими утверждениями: (Матрица)

	Согласна	Не согласна	Затруд. ответить
Я уверена, что я распознаю послеродовую депрессию у себя			
Я уверена, что я распознаю послеродовую депрессию у подруги/коллеги			
Послеродовая депрессия не оказывает долгосрочного влияния на здоровье женщины			
В системе здравоохранения моей страны/области есть все ресурсы, чтобы выявлять послеродовую депрессию			
В системе здравоохранения моей страны/области есть все ресурсы, чтобы лечить послеродовую депрессию			
Лечение послеродовой депрессии в моей стране/области бесплатно для пациенток			

Последние 4 вопроса касаются вашего личного жизненного опыта

46. Что из перечисленного ниже вы ощущали когда-либо во время беременности или в первый год после родов? (Матрица)

	Да	Нет
Беспокойство		
Депрессия		
Раздражительность		
Чувство вины		
Тревога		
Апатия		
Отчаяние		
Чувство одиночества		
Упадок сил		
Проблемы со сном		

47. Обращались ли вы когда-либо к каким-либо специалистам по поводу нижеперечисленных состояний? (Матрица)

	Да	Нет
Беспокойство		
Депрессия		
Раздражительность		
Чувство вины		
Тревога		
Апатия		
Отчаяние		

Чувство одиночества		
Упадок сил		
Проблемы со сном		

48. Предлагали ли вам пройти диагностику депрессии во время беременности? (Одиночный выбор)

- ☐ Да
☐ Нет
☐ Не помню

49. Предлагали ли вам пройти диагностику депрессии после родов? (Одиночный выбор)

- ☐ Да
☐ Нет
☐ Не помню

50. Обращались ли вы когда-либо за помощью к психологу, психотерапевту или психиатру? (отметьте все подходящие варианты ответов) (Множественный выбор)

- ☐ Да, к психологу
☐ Да, к психотерапевту
☐ Да, к психиатру
☐ Нет, никогда не обращалась ни к кому из таких специалистов
☐ Другой вариант

51. Какое из предложенных ниже утверждений наилучшим образом характеризует ваше материальное положение: (Одиночный выбор)

- ☐ Нам не хватает денег даже на питание
☐ Нам хватает денег на питание, но не хватает на одежду
☐ Нам хватает денег на питание и одежду, покупка более дорогих вещей, таких как телевизор или холодильник, вызывает у нас проблемы
☐ Мы можем покупать некоторые дорогие вещи, такие как холодильник или телевизор, но не можем купить автомобиль
☐ Мы можем купить автомобиль, но не можем сказать, что не стеснены в средствах
☐ Мы можем ни в чем себе не отказывать

ПРИЛОЖЕНИЕ В. Исследование уровня осведомленности о возможных психологических проблемах женщин после родов среди медицинских работников (анкета)

Уважаемый респондент!

Просим вас принять участие в опросе и заполнить анкету, нацеленную на оценку возможности внедрения скрининга на послеродовую депрессию у женщин, имеющих детей в возрасте до одного года.

Вы можете заполнить эту анкету, если вы медицинский работник, работающий и/или регулярно сталкивающийся с женщинами, недавно родившими детей, в своей практике.

Анкета разработана в Высшей школе управления здравоохранением Первого МГМУ им. И. М. Сеченова. Результаты анкетирования будут использованы для разработки программы специализированной помощи женщинам после родов.

Анкета полностью анонимна. Заполнение займет от 10 до 15 минут.

Если вы женщина и имеете в настоящее время ребенка в возрасте до одного года, то в конце для вас откроется блок вопросов о вашем личном опыте. Это дополнительная часть анкеты, даже если вы не захотите ее заполнять, мы сможем учесть ваше профессиональное мнение, которым вы поделились, отвечая на вопросы основной части.

Заполняя данный опрос, вы подтверждаете, что:

ознакомлены с целями исследования;

согласны на обработку своих ответов в анонимной форме;

даете информированное согласие на участие.

Если вы согласны, пожалуйста, переходите к вопросам.

1. Взаимодействуете ли вы в процессе работы с матерями детей до 1 года? (Одиночный выбор)

☐ Да

☐ Нет

2. Ваш пол: (Одиночный выбор)

☐ Мужской

☐ Женский

3. Ваш возраст: (Одиночный выбор)

☐ 18-23 лет

☐ 24-29 лет

☐ 30-35 лет

- ☐ 36-41 год
- ☐ 42-47 лет
- ☐ Старше 47 лет

4. Укажите ваше семейное положение в настоящий момент: (Одиночный выбор)

- ☐ Женат/Замужем/Гражданский брак
- ☐ Не женат/Не замужем/Разведен(-а)
- ☐ Другое

5. Ваш уровень образования: (Одиночный выбор)

- ☐ Среднее специальное
- ☐ Высшее
- ☐ Другое

6. Есть ли у вас ученая степень? (Одиночный выбор)

- ☐ Да, кандидат наук
- ☐ Да, доктор наук
- ☐ Нет

7. Укажите специальность, по которой вы работаете в настоящее время: (Одиночный выбор)

- ☐ Акушерство и гинекология
- ☐ Неонатология
- ☐ Общая медицинская практика (семейная медицина)
- ☐ Педиатрия
- ☐ Терапия
- ☐ Управление сестринской деятельностью
- ☐ Другое

8. Укажите специальность, по которой вы работаете в настоящее время: (Множественный выбор)

- ☐ Акушерское дело
- ☐ Сестринское дело
- ☐ Сестринское дело в педиатрии
- ☐ Общая практика
- ☐ Организация сестринского дела

___ Другое

9. В настоящее время вы работаете, в том числе по совместительству (*отметьте все подходящие варианты ответов*): (Множественный выбор)

___ В медицинской организации государственной и муниципальной системы здравоохранения

___ В частной медицинской организации

___ Другое

10. Укажите тип медицинской организации, в которой вы работаете в настоящее время, в том числе по совместительству (*отметьте все подходящие варианты ответов*): (Множественный выбор)

___ Поликлиника взрослая

___ Поликлиника детская

___ Женская консультация

___ Родильный дом

___ Больница многопрофильная

___ Больница специализированная

___ Фельдшерско-акушерский пункт

___ Федеральная клиника, национальный медицинский исследовательский центр

___ Клинический центр, клиническое подразделение учреждения высшего профессионального образования

___ Другое

11. В каком субъекте РФ вы проживаете в настоящее время? (Выпадающий список)

12. В населенном пункте какого типа вы проживаете в настоящее время? (Одиночный выбор)

___ Город более 1 млн чел.

___ Город 500 тыс. - 1 млн чел.

___ Город 100 - 500 тыс. чел.

___ Город менее 100 тыс. чел.

___ Поселок городского типа

___ Сельский населенный пункт

___ Другое

Следующие 6 вопросов направлены на изучение вашего отношения к психическим и физическим симптомам, которые могут испытывать женщины с маленькими детьми

13. В течение трех месяцев после родов для мамы нормально испытывать следующие проблемы (*отметьте все подходящие варианты ответов*): (Множественный выбор)

- ☐ Чувствовать себя несчастной, часто плакать и постоянно грустить
- ☐ Чувствовать себя все время уставшей
- ☐ Спать слишком мало, страдать от бессонницы почти каждую ночь
- ☐ Спать слишком много, постоянно хотеть спать
- ☐ Постоянно хотеть есть или потерять интерес к еде
- ☐ Потерять интерес к тому, что раньше радовало
- ☐ Не видеть необходимости следить за своей внешностью
- ☐ Испытывать невозможность сосредоточиться и постоянно что-то забывать
- ☐ Чувствовать себя постоянно виноватой
- ☐ Чувствовать, что уход за малышом и повседневные дела – непосильные для нее задачи
- ☐ Чувствовать, что она больше никогда не будет счастлива
- ☐ Считать, что семье было бы лучше без нее
- ☐ Ничего из вышеперечисленного

14. В течение года после родов для мамы нормально испытывать следующие проблемы (*отметьте все подходящие варианты ответов*): (Множественный выбор)

- ☐ Чувствовать себя несчастной, часто плакать и постоянно грустить
- ☐ Чувствовать себя все время уставшей
- ☐ Спать слишком мало, страдать от бессонницы почти каждую ночь
- ☐ Спать слишком много, постоянно хотеть спать
- ☐ Постоянно хотеть есть или потерять интерес к еде
- ☐ Потерять интерес к тому, что раньше радовало
- ☐ Не видеть необходимости следить за своей внешностью
- ☐ Испытывать невозможность сосредоточиться и постоянно что-то забывать
- ☐ Чувствовать себя постоянно виноватой
- ☐ Чувствовать, что уход за малышом и повседневные дела – непосильные для нее задачи
- ☐ Чувствовать, что она больше никогда не будет счастлива
- ☐ Считать, что семье было бы лучше без нее
- ☐ Ничего из вышеперечисленного

15. Если мама испытывает какие-то из вышеперечисленных проблем, могут ли они, на ваш взгляд, самостоятельно разрешиться со временем? (Одиночный выбор)

- ☐ Точно да, станет лучше со временем
☐ Скорее всего да, без всякой помощи станет лучше со временем
☐ Скорее всего нет, без помощи лучше не станет
☐ Точно нет, со временем станет только хуже
☐ Зависит от проблемы: одни могут разрешиться сами, другие нет
☐ Другое

16. Если мама испытывает какие-то из вышеперечисленных проблем, будет ли ей полезно, на ваш взгляд, обратиться за помощью? (Одиночный выбор)

- ☐ Точно да
☐ Скорее всего да
☐ Скорее всего нет
☐ Точно нет

17. Оцените, насколько на ваш взгляд общение с перечисленными ниже лицами может помочь или навредить маме с указанными ранее проблемами: (Матрица)

	Скорее будет полезным	Не будет ни полезным, ни вредным	Скорее будет вредным	Затрудняюсь ответить
Врач общей практики				
Фармацевт в аптеке				
Психиатр				
Психотерапевт				
Психолог				
Близкие родственники				
Близкие друзья				
Натуропат/травник/гомеопат				
Духовник/священник				
Другие женщины с похожими проблемами				
Помощница по хозяйству				
Няня				

18. Оцените, насколько на ваш взгляд перечисленные ниже действия могут помочь или навредить маме с указанными ранее проблемами: (Матрица)

	Скорее будет полезным	Не будет ни полезным, ни вредным	Скорее будет вредным	Затрудняюсь ответить
Прием витаминов				
Прием обезболивающих препаратов				
Прием антидепрессантов				
Прием снотворных				
Прием нейролептиков				
Прием транквилизаторов				
Физическая активность				
Чтение о людях с похожими проблемами в интернете				
Прогулки				
Релаксация/Медитация/Йога				
Исключение алкоголя				
Умеренный прием алкоголя				
Особенная диета				
Отдых				

Следующие 16 вопросов касаются вашей профессиональной осведомленности о послеродовой депрессии

19. Изучали ли вы когда-либо вопросы диагностики, лечения, профилактики послеродовой депрессии при обучении в ВУЗе, колледже или при повышении квалификации? (Одиночный выбор)

___ Да

___ Нет

___ Не помню

20. Ощущаете ли вы потребность в обучении по вопросам диагностики и лечения послеродовой депрессии? (Одиночный выбор)

___ Определенно да

___ Скорее да

___ Скорее нет

___ Определенно нет

21. Как вы оцениваете собственный уровень знаний о послеродовой депрессии? (Одиночный выбор)

- ☐ Высокий
- ☐ Средний
- ☐ Низкий
- ☐ Затрудняюсь ответить

22. Обсуждаете ли вы психологические проблемы ваших пациентов в ходе общения с ними на приеме? (Одиночный выбор)

- ☐ Да, всегда
- ☐ Да, иногда при необходимости
- ☐ Нет, никогда

23. Почему вы никогда не обсуждаете психологические проблемы ваших пациентов в ходе общения с ними на приеме? (Множественный выбор)

- ☐ Не считаю возможным из-за отсутствия у меня необходимой квалификации
- ☐ Не считаю необходимым, так как это не входит в мои профессиональные обязанности
- ☐ На приеме недостаточно времени для обсуждения психологических проблем
- ☐ Другое

24. Знакомы ли вы с какими-либо профессиональными инструментами (анкеты, опросники, приложения) для выявления послеродовой депрессии? (Одиночный выбор)

- ☐ Да
- ☐ Нет
- ☐ Затрудняюсь ответить

25. Как вы относитесь к проведению рутинного скрининга на послеродовую депрессию на приеме у акушера-гинеколога, педиатра, неонатолога или врача другой специальности (но не психиатра)? Скрининг заключается в том, что всем матерям, имеющих детей в возрасте до 1 года и приходящим на прием к врачу (акушеру-гинекологу, педиатру, неонатологу) будет предлагаться самостоятельно заполнить анкету из 3 вопросов. Если анкета выявит признаки послеродовой депрессии, женщине советуют обратиться за консультацией к специалисту – психологу, психотерапевту или психиатру (Одиночный выбор)

- ☐ Положительно
- ☐ Отрицательно
- ☐ Затрудняюсь ответить

26. Почему вы отрицательно относитесь к проведению рутинного скрининга на послеродовую депрессию на приеме у акушера-гинеколога, педиатра, неонатолога или врача другой специальности (но не психиатра) (*отметьте все подходящие варианты ответов*)?

(Множественный выбор)

☐ Считаю, что скрининг на послеродовую депрессию должен проводить профильный специалист (психолог, психотерапевт или психиатр)

☐ На приеме у врачей нет времени на то, чтобы предлагать женщине заполнить даже короткий опросник и подсчитывать баллы

☐ Не вижу смысла в таком скрининге, так как если у женщины есть симптомы послеродовой депрессии, она должна сама обратиться к профильному специалисту

☐ Другое

27. Что, на ваш взгляд, может способствовать успешному внедрению скрининга на послеродовую депрессию при помощи опросника? (*отметьте все подходящие варианты ответов*) (Множественный выбор)

☐ Простота заполнения опросника

☐ Скорость заполнения опросника

☐ Доказанная эффективность скрининга

☐ Доказанная эффективность методов лечения послеродовой депрессии

☐ Увеличение времени, отведенного на прием

☐ Финансовое стимулирование медицинских работников за участие в скрининге (дополнительная оплата)

☐ Обучение медицинских работников различных специальностей по вопросам выявления и лечения послеродовой депрессии

☐ Другое

28. Что, на ваш взгляд, может препятствовать внедрению скрининга на послеродовую депрессию? (*отметьте все подходящие варианты ответов*) (Множественный выбор)

☐ Дефицит времени на приеме

☐ Недостаточная квалификация медицинских специалистов

☐ Нежелание женщин отвечать на вопросы о симптомах послеродовой депрессии

☐ Отношение женщин к послеродовой депрессии как к выдуманной проблеме

☐ Недооценка медицинскими работниками серьезности проблемы послеродовой депрессии

☐ Другое

29. На ваш взгляд, требуется ли женщинам с послеродовой депрессией помощь психолога, психотерапевта или психиатра? (Одиночный выбор)

☐ Да, психолога

☐ Да, психотерапевта

☐ Да, психиатра

☐ Да, психолога или психотерапевта, но не психиатра

☐ Да, любого из вышеперечисленных специалистов в зависимости от тяжести состояния

☐ Нет, женщина должна справиться с послеродовой депрессией самостоятельно

☐ Другое

30. Как вы оцениваете вероятность выздоровления при обращении к нужному специалисту? (Одиночный выбор)

☐ Вполне возможно полное выздоровление

☐ Станет лучше, но полное выздоровление вряд ли возможно

☐ Скорее всего, состояние останется без изменений

☐ Может стать только хуже

31. Что может препятствовать обращению женщины с послеродовой депрессией за помощью к психологу, психотерапевту или психиатру? *(отметьте все подходящие варианты ответов)*

(Множественный выбор)

☐ Женщина не осознает наличие у нее проблем, требующих обращения за помощью к психологу, психотерапевту или психиатру

☐ Женщина не признает существование такого заболевания как послеродовая депрессия

☐ Женщина списывает психические недомогания на соматические (физические) причины, например: усталость, хронические заболевания, боли и т.д.

☐ Женщина списывает психические недомогания на другие причины, например: конфликты в семье, развод, сложное материальное положение, проблемы со здоровьем ребенка и т.д.

☐ Женщина считает, что обращение за помощью к психологу, психотерапевту или психиатру – признак слабости

☐ Женщина не знает куда обратиться

☐ Женщина не имеет материальных ресурсов для обращения к специалисту

☐ Женщина не имеет времени для обращения к специалисту

☐ Обращаться к психологу, психотерапевту или психиатру стыдно

☐ Обращение к специалисту за психиатрической помощью может осложнить жизнь (поставят на учет, могут возникнуть проблемы с трудоустройством, получением водительских прав и т.п.)

☐ Другое

32. Считаете ли вы возможным вылечить депрессию в принципе? (Одиночный выбор)

___ Да

___ Нет

___ Затрудняюсь ответить

33. Считаете ли вы приемлемым принимать антидепрессанты для лечения послеродовой депрессии? (Одиночный выбор)

___ Да

___ Нет

___ Затрудняюсь ответить

34. Согласны или не согласны ли вы со следующими утверждениями: (Матрица)

	Согласен(-на)	Не согласен(-на)	Затрудняюсь ответить
Так называемая послеродовая депрессия – это естественные послеродовые симптомы, которые со временем сами пройдут			
Послеродовую депрессию невозможно вылечить			
Послеродовую депрессию можно лечить только если мать не кормит грудью			
Если послеродовую депрессию не лечить, то состояние будет только усугубляться			
Мать с послеродовой депрессией может не осознавать, что у нее есть заболевание			
Послеродовая депрессия не оказывает влияния на здоровье женщины в долгосрочной перспективе			
В системе здравоохранения моей страны/области есть все ресурсы, чтобы выявлять послеродовую депрессию			
В системе здравоохранения моей страны/области есть все ресурсы, чтобы излечивать послеродовую депрессию			
Лечение послеродовой депрессии должно быть бесплатно для пациенток			
Я уверена, что я распознаю у себя послеродовую депрессию			
Я уверена, что я распознаю послеродовую депрессию у своих пациентов			

35. Следующая часть анкеты дополнительная. Вы можете ее заполнить, если вы женщина и если в настоящее время имеете одного или нескольких детей в возрасте до 3 лет.

Даже если вы не захотите ее заполнять, мы сможем учесть ваше профессиональное мнение, которым вы поделились, отвечая на вопросы основной части.

Эта часть состоит из 13 вопросов, которые касаются вашего эмоционального состояния (Одиночный выбор)

☐ Да, я заполню эту часть

☐ Нет, я хочу завершить опрос

36. Укажите, сколько у вас детей? (Одиночный выбор)

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ Более 5

37-41. Укажите пол и возраст вашего ребенка: (Матрица 3D)

Отметьте в каждом вопросе вариант, наиболее соответствующий тому, как вы себя чувствовали на протяжении последней недели.

42. Я смеялась и обращала внимание на забавные моменты (Одиночный выбор)

☐ Так же как обычно

☐ Несколько меньше, чем обычно

☐ Существенно меньше, чем обычно

☐ Совсем нет

43. Я жила в ожидании чего-то приятного (Одиночный выбор)

☐ Так же как обычно

☐ Несколько меньше, чем обычно

☐ Существенно меньше, чем обычно

___ Совсем нет

44. Я необоснованно винила себя, когда что-то шло не так (Одиночный выбор)

___ Да, большую часть времени

___ Да, несколько раз

___ Почти нет

___ Ни разу

45. Я сильно тревожилась без видимой причины (Одиночный выбор)

___ Совсем нет

___ Почти нет

___ Да, иногда

___ Да, очень часто

46. Я чувствовала страх и панику без видимой причины (Одиночный выбор)

___ Да, очень часто

___ Да, иногда

___ Почти нет

___ Совсем нет

47. Я не справлялась с делами (Одиночный выбор)

___ Да, в большинстве случаев я совсем не справлялась

___ В некоторых случаях мне не удавалось справиться так же хорошо, как обычно

___ В большинстве случаев я справлялась хорошо

___ Я справлялась так же хорошо, как обычно

48. Я чувствовала себя такой несчастной, что не могла нормально спать (Одиночный выбор)

___ Да, большую часть времени

___ Да, несколько раз

___ Почти нет

___ Ни разу

49. Я чувствовала себя грустной и несчастной (Одиночный выбор)

___ Да, большую часть времени

___ Да, часто

___ Почти нет

___ Ни разу

50. Я чувствовала себя такой несчастной, что плакала (Одиночный выбор)

___ Да, большую часть времени

___ Да, часто

___ Почти нет

___ Ни разу

51. Мне в голову приходила мысль причинить себе вред (Одиночный выбор)

___ Да, часто

___ Иногда

___ Ни разу

52. У меня был снижен интерес или удовольствие от выполнения ежедневных дел в течение двух последних недель (Одиночный выбор)

___ Ни разу

___ Несколько дней

___ Более недели

___ Почти каждый день

53. У меня было плохое настроение, я была подавлена или испытывала чувство безысходности в течение двух последних недель (Одиночный выбор)

___ Ни разу

___ Несколько дней

___ Более недели

___ Почти каждый день

54. Мне нужна была помощь в чем-либо в течение двух последних недель (Одиночный выбор)

___ Ни разу

___ Несколько дней

___ Более половины времени

___ Почти каждый день

ПРИЛОЖЕНИЕ Г. Опросники на послеродовую депрессию**Опросник Эдинбургская шкала послеродовой депрессии**

Я смеялась и обращала внимание на забавные моменты

0 баллов. Так же как обычно

1 балл. Несколько меньше, чем обычно

2 балла. Существенно меньше, чем обычно

3 балла. Совсем нет

Я жила в ожидании чего-то приятного

0 баллов. Так же как обычно

1 балл. Несколько меньше, чем обычно

2 балла. Существенно меньше, чем обычно

3 балла. Совсем нет

Я винила себе необоснованно, когда что-то шло не так

3 балла. Да, большую часть времени

2 балла. Да, несколько раз

1 балл. Почти нет

0 баллов. Ни разу

Я сильно тревожилась без видимой причины

0 баллов. Совсем нет

1 балл. Почти нет

2 балла. Да, иногда

3 балла. Да, очень часто

Я чувствовала страх и впадала в панику без видимой причины

3 балла. Да, довольно часто

2 балла. Да, иногда

1 балл. Почти нет

0 баллов. Совсем нет

Я не справлялась с делами

3 балла. Да, в большинстве случаев я совсем не справлялась

2 балла. В некоторых случаях мне не удавалось справиться так хорошо, как всегда

1 балл. Нет, в большинстве случаев я справлялась хорошо

0 баллов. Я справлялась так же хорошо, как обычно

Я чувствовала себя такой несчастной, что не могла нормально спать

3 балла. Да, большую часть времени

2 балла. Да, несколько раз

1 балл. Почти нет

0 баллов. Ни разу

Я чувствовала себя грустной и несчастной

3 балла. Да, большую часть времени

2 балла. Да, часто

1 балл. Почти нет

0 баллов. Ни разу

Я чувствовала себя такой несчастной, что плакала

3 балла. Да, большую часть времени

2 балла. Да, часто

1 балл. Почти нет

0 балл. Ни разу

Мне в голову приходила мысль причинить себе вред

3 балла. Да, часто

2 балла. Иногда

0 баллов. Ни разу

Сумма баллов интерпретируется следующим образом:

Предполагаемая послеродовая депрессия – 12 баллов и более

Предполагаемые предпороговые симптомы – 7-11 баллов

Послеродовой депрессии предположительно нет – шесть баллов и менее

Опросник здоровья пациента (англ. Patient Health Questionnaire, PHQ 2+1)

У меня был снижен интерес или удовольствие от выполнения ежедневных дел в течение двух последних недель

0 баллов. Ни разу

1 балл. Несколько дней

2 балла. Более недели

3 балла. Почти каждый день

У меня было плохое настроение, я была подавлена или испытывала чувство безысходности в течение двух последних недель

0 баллов. Ни разу

1 балл. Несколько дней

2 балла. Более недели

3 балла. Почти каждый день

Нужна ли вам помощь по этому поводу?

- Нет, не нужна

- Да, но не сегодня

- Да, я хочу получить помощь

Этот вопрос не оценивается в баллах. Вне зависимости от суммы баллов по первым двум вопросам, ответ «Да» или «Да, но не сегодня» может быть основанием для маршрутизации к специалисту, даже при пограничных результатах. Ответ «Нет» не исключает наблюдения и повторного скрининга позднее, особенно при наличии факторов риска.

Сумма баллов интерпретируется следующим образом:

Предполагаемая послеродовая депрессия и/или предпороговые симптомы – 2 балла и более

**ПРИЛОЖЕНИЕ Д. Характеристика исследований распространённости послеродовой депрессии
в Российской Федерации**

Таблица Д.1 – Характеристика исследований распространённости ПРД в Российской Федерации

№	АВТОР, ГОД, ССЫЛКА НА ПУБЛИК АЦИЮ	МЕСТО И ВРЕМЯ ПРОВЕДЕН ИЯ ОПРОСА	ОБЪЕМ ВЫБОРКИ	ТИП ИССЛЕ ДОВАН ИЯ	ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ	ТОЧКИ НАБЛЮДЕНИ Я	ШКАЛА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРД (ПОРОГОВЫЕ БАЛЛЫ), ДОПОЛНИТЕЛЬНЫ Е МЕТОДЫ ПРИ НАЛИЧИИ	РАСПРОСТРАНЕННОСТ Ь ПРД В ТОЧКАХ НАБЛЮДЕНИЯ (ШКАЛА, ПОРОГОВОЕ ЗНАЧЕНИЕ БАЛЛОВ)
1	Скобло Г.В., 2004 [87]	Москва, нет данных	395 первородящих женщин	Одномо ментное	Цель: (нет данных) Задачи: 1) изучение клинических паттернов непсихотических ПРД; 2) выяснение клинико- генеалогических особенностей данного вида патологии; 3) определение ряда психолого-социальных характеристик женщин с ПРД, предположительно связанных с генезом ПРД; 4) изучение связей возникновения ПРД с течением беременности, родов и периода новорожденности.	1. 1,5-2 месяца после родов 2. нет данных	SDS, верификация в клиническом обследовании	1.11,6% (SDS, баллы – нет данных)
2	Прибытко в А.А., 2008 [53]	Пенза, нет данных	882 родильницы	Одномо ментное	Нет данных	Нет данных	HADS (нет данных)	11,8% (HADS, баллы – нет данных)

Продолжение Таблицы Д.1

3	Татарова Н.А. и др., 2009 [89]	Санкт-Петербург, 2015-2016 гг.	76 женщин: 36 с эндокринной патологией, 36 без эндокринной патологии	Одноментное	Оценить влияние эндокринной патологии на развитие тревожно-депрессивных нарушений в послеродовом периоде у женщин	2-6 месяц после родов	EPDS (≥ 12 баллов), SDS (≥ 50 баллов), HDRS (≥ 16 баллов)	Группа с эндокринной патологией: 52,7% (EPDS, ≥ 12 баллов) 50% (HRSD, ≥ 12 баллов) 19,4% (SDS, ≥ 50 баллов) Группа без эндокринной патологии: 32,6% (EPDS, ≥ 12 баллов) 16,5% (HRSD, ≥ 12 баллов) 12,5% (SDS, ≥ 50 баллов)
4	Мазо Г.Э., Шаманина М.В., 2010 [36]	Санкт-Петербург, нет данных	52 женщины: 19 – с эндокринной патологией, 13 – с акушерской патологией, 20 – после КС	Когортное проспективное	Выявить частоту возникновения тревожных и депрессивных состояний у женщин в послеродовом периоде, составляющих группу риска по развитию ПРД.	1. в первые 10 дней 2. через 2 месяца после родов	EPDS (нет данных), SDS (≥ 50 баллов) нет данных	Группы с эндокринной и акушерской патологией: 1.65% (EPDS, нет данных), 34% (SDS, нет данных) 2. 39% (EPDS, нет данных), 23% (SDS, нет данных)
5	Иващенко Д.М., Култыгин С.В., 2011 [22]	Тула, нет данных	80 родильниц	Одноментное	Анализ распространенности ПРД; изучение отношения женщин к психиатрической помощи; анализ психопатологической структуры депрессивных расстройств при наличии акушерской патологии; изучение особенности медико-социальных характеристик пациентов с ПД по сравнению со здоровыми женщинами.	3-5 день после родов	MADRS (≥ 15 баллов), EPDS (≥ 12 баллов)	17,5% (EPDS, ≥ 12 баллов)
6	Голенков А.В. и др., 2016 [8]	Чебоксары, 2016 г.	45 + 182 родильниц из исследования 2015г., 133 матери детей до года	Одноментное	Оценить надежность русской версии Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии и изучить возможность ее использования у женщин в послеродовом периоде (акушерском стационаре), и в условиях детской поликлиники	Первые дни родов, 1 год после родов	EPDS (≥ 12 баллов), HDRS (≥ 16 баллов)	25,0% (EPDS (≥ 12 баллов))

Продолжение Таблицы Д.1

7	Большакова Н.Ю. и др., 2016 [6]	Тамбов, 2016 г.	53 матери детей до года	Одноментное	Изучить распространенность, основные причины возникновения и медико-социальное значение послеродовых депрессий	В течение года после родов	BDI (≥ 10 (16) баллов)	74% (BDI, ≥ 10 баллов) 4% (BDI, ≥ 16 баллов)
8	Горьковая И.А. и др., 2017 [57]	Санкт-Петербург, 2015-2016 гг.	217: 58 – плановое КС, 48 – экстренное КС, 111 – ЕР	Когортное проспективное	Обоснование необходимости проведения первичной и вторичной психопрофилактики послеродовой депрессии у женщин с различными вариантами родоразрешения.	1. Первые сутки после родов 2. Третьи сутки после родов 3. 6 недель после родов	EPDS (≥ 9 баллов)	Группа после планового КС (EPDS, ≥ 9 баллов) 1. 27,6% (EPDS, ≥ 9 баллов) 2. 23,4% (EPDS, ≥ 9 баллов) 3. 14,0% (EPDS, ≥ 9 баллов) Группа после экстренного КС 1. 29,2% (EPDS, ≥ 9 баллов) 2. 15,6% (EPDS, ≥ 9 баллов) 3. 8,1% (EPDS, ≥ 9 баллов) Группа после ЕР 1. 33,3% (EPDS, ≥ 9 баллов) 2. 20,6% (EPDS, ≥ 9 баллов) 3. 3,7% (EPDS, ≥ 9 баллов)
9	Коргожа М.А., 2017 [31]	Санкт-Петербург, нет данных	240 родильницы	Когортное проспективное	Изучение особенностей депрессивных проявлений у женщин в послеродовом периоде и анализ динамики их изменений позволит построить адекватную модель психопрофилактической подготовки к родам, включающую в себя психологическую помощь после родоразрешения.	1. Первые сутки после родов 2. Третьи сутки после родов 3. 6 недель после родов	EPDS (≥ 12 баллов)	1. 36,7% (EPDS, ≥ 12 баллов) 2. 27,5% (EPDS, ≥ 12 баллов) 3. 16,3% (EPDS, ≥ 12 баллов)
10	Мальгина Г.Б. и др., 2017 [37]	Екатеринбург, нет данных	46 женщин: 23 – после сверххранних родов 23 – после срочных родов	Случай-контроль	Комплексное исследование психоэмоционального состояния матери в динамике послеродового периода после сверххранних преждевременных родов	1. 3-5 сутки после родов 2. 30-е сутки после родов	HDRS (≥ 8 (14) баллов)	Группа после сверххранних родов: 1. 90,5% (HDRS) (≥ 8 баллов) 2. 85,7% (HDRS) (≥ 8 баллов) Группа после срочных родов: 1. 20% (HDRS) (≥ 8 баллов) 2. 5% (HDRS) (≥ 8 баллов)

Продолжение Таблицы Д.1

11	Рязанова О.В. и др., 2017 [7]	Санкт- Петербург, 2015-2016 гг.	209 женщин: 108 – ЕР, 101 – КС	Когортн ое проспект ивное	Изучение влияния методик анальгезии при родоразрешении на риск развития послеродовой депрессии	1.Во время беременности 2.Шесть часов после родов 3.Третьи сутки после родов 4.6 недель после родов	EPDS (нет данных)	Группа ЕР (EPDS, баллы – нет данных): 1.24,10% 2.34,3% 3.21,7% 4.5% Группа КС (EPDS, баллы – нет данных): 1.25,9% 2.28,1% 3.21,2% 4.8,3%
12	Рязанова О.В. и др., 2017 [47]	Санкт- Петербург, 2015-2016 гг.	159 родильниц: 83 – без ЭА, 76 – с ЭА	Когортн ое проспект ивное	Изучить влияние эпидуральной анальгезии в родах на риск развития послеродовой депрессии при родоразрешении через естественные родовые пути.	1. 34-35 недель 2. Первые сутки после родов 2. Третьи сутки после родов 3. 6 недель после родов	КОЯМ EPDS (≥ 9 баллов)	1.22,34% (КОЯМ, оценка психологом) 2.31,9% (EPDS, ≥ 9 баллов) 3.20,73% (EPDS, ≥ 9 баллов) 4.6,5% (EPDS, ≥ 9 баллов)
13	Резник В.А. и др., 2017 [59]	Санкт- Петербург, 2015-2016 гг.	384 родильницы	Когортн ое проспект ивное	Изучить лабораторные маркеры, ассоциированные с риском возникновения послеродовой депрессии.	1. 2-3 день после родов, 2. 6-я неделя после родов, 3. 12-я неделя после родов	HADS, EPDS (≥ 13 баллов), BDI, MADRS, консультация врача- психиатра	1. 2-3 день после родов – 9,6% 2. 6-я неделя после родов – 6% 3. 12-я неделя после родов 1 – 5,3% Все результаты: EPDS, ≥ 13 баллов, консультация психиатра

Продолжение Таблицы Д.1

14	Башинский А.Е. и др., 2018 [4]	Краснодар, нет данных	50 женщин: 25 – матери детей с соматической патологией, 25 – матери детей после хирургического вмешательства	Одноментное	Выявить вероятность возникновения ПРД у матерей с детьми, находящимися на лечении в стационаре и степень ее выраженности	Самоопросник	Баллы - нет данных Легкая степень вероятности ПРД – 6-7 баллов, средняя степень вероятности – 8-12 баллов, высокая степень вероятности – 13-30 баллов	Матери детей с соматической патологией: легкая степень вероятности ПРД – 20% средняя степень вероятности – 28%, высокая степень вероятности – 8% Матери детей после хирургического вмешательства: легкая степень вероятности ПРД – 16% средняя степень вероятности – 20%, высокая степень вероятности – 36% Все результаты: самоопросник, баллы – нет данных
15	Гусева Н.А., Голюк М.Н., 2018 [11]	Санкт-Петербург, нет данных	322 женщины: 49 после домашних родов, 116 после родов в роддоме	Одноментное	Изучить переживания рожениц, оценить факторы развития послеродовой депрессии и психотравматизации в родах	Нет данных	EPDS (баллы – нет данных) реально нет	Женщины после домашних родов – 14,2% Женщины после родов в родильном доме – 49,1% Все результаты: EPDS, баллы – нет данных
16	Ивасенко В.А. и др., 2018 [21]	Челябинск, нет данных	107 женщин	Одноментное	Определить возможность развития депрессивных состояний и стрессовых ситуаций у женщин в постнатальном периоде.	Послеродовый период до выписки из перинатального центра	EPDS (≥ 12 баллов)	Средняя вероятность ПРД – 68% Возможная депрессия – 5% Все результаты: EPDS, ≥ 12 баллов
17	Никитенкова В.Е., Комалова А.И., 2018 [46]	Смоленск, нет данных	53 родильницы	Одноментное	Изучить уровень и структуру депрессивных расстройств у женщин в раннем послеродовом периоде.	3-5 сутки после родов	BDI (нет данных)	Легкий уровень депрессивных расстройств – 22,6% Умеренный уровень депрессии – 7,5% Все результаты: BDI, баллы – нет данных

Продолжение Таблицы Д.1

18	Рязанова О.В. и др., 2018 [86]	Санкт- Петербург, 2015-2017 гг.	638 женщин: 296 – ЕР (142 – ЭА, 154 – без ЭА), 342 – КС	Одномо- ментное	Изучить влияние обезболивания при родоразрешении на частоту развития послеродовой депрессии.	1. 34-35 недель 2. Шесть часов после родов 3. Третьи сутки после родов 4. 6 недель после родов	КОЯМ, EPDS (≥ 10 баллов)	1. 17,56% (КОЯМ, оценка психологом) 2. 23,59% (EPDS, ≥ 10 баллов) 2. 16,67% (EPDS, ≥ 10 баллов) 3. 7,36% (EPDS, ≥ 10 баллов)
9	Фоменко А.Н. и др., 2018 [101]	Санкт- Петербург, нет данных	113 женщин: 78 – матери детей без патологий, 35 – матери детей, пациентов отделения перинатальной патологии	Когортн ое проспект ивное	Изучить динамики и выраженности аффективных послеродовых расстройств у женщин со здоровыми новорожденными и женщин, чьи дети проходили лечение в отделении неонатальной патологии	1.4-10 дней после родов 2.30-36 дней после родов	EPDS (≥ 12 баллов), HADS (≥ 12 баллов)	1. Матери детей без патологий: 76,9% (EPDS, ≥ 12 баллов) Матери детей, пациентов отделения перинатальной патологии: 68,6% (EPDS, ≥ 12 баллов) 2. Матери детей без патологий: 55,1% (EPDS, ≥ 12 баллов) 60,3% (HADS, ≥ 12 баллов) Матери детей, пациентов отделения перинатальной патологии: 62,9% (EPDS, ≥ 12 баллов) 57,1% (HADS, ≥ 12 баллов)
20	Riazanov O.V. a et al, 2018 [300]	Санкт- Петербург, 2015-2017 гг.	210 женщин: 107 с ЭА, 103 без ЭА	Когортн ое проспект ивное	Оценить роль обезболивания родов с помощью эпидуральной анальгезии при естественных родах на уровень стресса в родах и частоту послеродовой депрессии.	1. 34-35 недель беременности 2. Шесть часов после родов 3. Третьи сутки после родов 4. 6 недель после родов	КОЯМ, EPDS (≥ 10 баллов)	1. (КОЯМ, оценка психологом): группа с ЭА – 17,76%, группа без ЭА – 19,42% 2. (EPDS, ≥ 10 баллов): группа с ЭА – 29,91%, группа без ЭА – 15,53% 3. (EPDS, ≥ 10 баллов): группа с ЭА – 13,08%, группа без ЭА – 11,65% 4. (EPDS, ≥ 10 баллов) группа с ЭА – 4,67%, группа без ЭА – 6,79%

Продолжение Таблицы Д.1

21	Бабич Т.Ю. и др., 2018 [49]	Симферополь, 2017 г.	246 женщин: 123 с ИЦН, 123 без ИЦН	Когортное проспективное	Оценить психоэмоциональное состояние женщин с ИЦН и угрозой преждевременных родов.	1.26-32 недели беременности (исследовали уровень тревожности) 2.после родов	EPDS (≥ 12 баллов)	Преждевременные роды с ИЦН - 25,9% (EPDS, ≥ 12 баллов) Срочные роды с ИЦН - 11,6% (EPDS, ≥ 12 баллов) Срочные роды без ИЦН – 8,9% (EPDS, ≥ 12 баллов)
22	Киселева К.Д. и др., 2019 [22]	Волгоград, нет данных	65 женщин: 32 матери детей из ОПН с нормальной массой тела, 33 матери детей из ОПН с низкой и очень низкой массой тела	Одноментное	Оценить наличие депрессивной и тревожной симптоматики у женщин послеродового периода в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей	После родов	BDI (нет данных)	Матери детей из отделения патологии новорожденных с нормальной массой тела: Депрессия легкой степени – 28,1% Депрессия средней степени – 25% Выраженная депрессия – 6,3% Матери детей из отделения патологии новорожденных с низкой и очень низкой массой тела: Депрессия легкой степени – 33,3% Депрессия средней степени – 21,2% Выраженная депрессия – 15,2% Все результаты: BDI, баллы – нет данных
23	Кождаев Е.В., Гречаный С.В., 2019 [30]	Санкт-Петербург, нет данных	27 матерей детей, анходящихся в отделении патологии новорожд	Одноментное	Изучение выраженности аффективных расстройств в послеродовом периоде у женщин с перинатальными заболеваниями новорожденных, связи с адаптационной системой личности (механизмы психологической защиты и совладающее поведение), психологическими установками на материнство и брак	1.первая неделя после родов 2.1-й месяц после родов	PHQ-9 (≥ 5 (10, 15) баллов)	1. Легкая депрессия – 33,3% (PHQ-9 ≥ 5 баллов) Умеренная депрессия – 11,1% (PHQ-9 ≥ 10 баллов) Тяжелая депрессия – 14,8% (PHQ-9 ≥ 15 баллов) 2. Легкая депрессия – 37% (PHQ-9 ≥ 5 баллов)

Продолжение Таблицы Д.1

24	Охотина Т.Н. и др., 2019 [13]	Чебоксары, нет данных	27 беременных, 54 женщины после родов	Одномоментное	Изучить влияние дефицита прогестерона на психоэмоциональное состояние женщин гестационного периода и у женщин в постменопаузе	В послеродовом периоде	EPDS (≥ 12 баллов) BDI (≥ 19 баллов – клиническое расстройство)	Женщины после родов: Высокая вероятность ПРД – 22,2% (EPDS, ≥ 12 баллов), Возможная вероятность ПРД – 16,7% (EPDS ≥ 8 баллов),
25	Шакиров Р.Т. и др., 2019 [104]	Екатеринбург, нет данных	45 первородящих женщин 15-17 лет	Когортное проспективное рандомизированное	Оценить влияние эпидуральной анальгезии в родах через естественные родовые пути на психоэмоциональный комфорт юных первородящих женщин	1. до родоразрешения 2. 2-е сутки после родоразрешения	HADS (≥ 10 баллов)	Группа обезболивания промеделом 1. до родов – 28,6% 2. после родов – 23,8% Группа эпидуральной анестезии 1. до родов – 33,3% 2. после родов – 25,0% Все результаты: HADS, ≥ 10 баллов
26	Заячников А.Т.Е., Лавренюк И.И., 2020 [19]	Волгоград, 2020	67 пар матерей и детей, родившихся на 23-34 неделях гестации	Когортное проспективное	Изучить связь ПРД и продолжительности грудного вскармливания недоношенных детей в течение первого года жизни	Первые 10 дней после родов	EPDS (≥ 10 баллов)	73% (EPDS ≥ 10 баллов)
27	Рязанова О.В. и др., 2020 [85]	Санкт-Петербург, 2020	296 женщин: 154 с ЭА, 142 без ЭА	Когортное проспективное	Оценить влияние применения эпидуральной анальгезии в родах на частоту развития послеродовой депрессии в зависимости от исходных показателей психоэмоционального статуса	1. 34-35 недель беременности 2. Шесть часов после родов 3. Третьи сутки после родов 4. 6 недель после родов	КОЯМ, EPDS (≥ 10 баллов)	1. КОЯМ: группа с ЭА – 17,56%, группа без ЭА – 19,02% 2. EPDS, ≥ 10 баллов: группа с ЭА – 30,1%, группа без ЭА – 15,71% 3. EPDS, ≥ 10 баллов группа с ЭА – 13,4%, группа без ЭА – 10,00% 4. EPDS, ≥ 10 баллов группа с ЭА – 3,9%, группа без ЭА – 6,34%

Продолжение Таблицы Д.1

28	Цыбина А.Д. и др., 2020 [103]	Долгопрудный, 2020	30 женщин	Одноментное	Изучить факторы, влияющие на уровень ПРД	2-8 недель после родов	EPDS (≥ 8 (13) баллов)	Вероятность ПРД 100% – 23% (EPDS, ≥ 13 баллов) Вероятность ПРД 86% – 54% (EPDS, ≥ 8 баллов)
29	Иванова О.А., Квасова Л.К., 2021 [20]	Воронеж, 2014-2016 гг, 2018-2020 гг.	234 матери недоношенных детей	Одноментное	Нет данных	Нет данных	EPDS (≥ 12 баллов) BDI (нет данных)	Матери детей на 2-м этапе выхаживания: Средняя вероятность ПРД – 45,5% (EPDS, ≥ 8 баллов) Высокая вероятность ПРД – 41% (EPDS, ≥ 12 баллов) Средний уровень вероятности ПРД – 31% (BDI, нет данных) Высокая и очень высокая уровень вероятности ПРД – 25% (BDI, нет данных) Матери детей, находящихся в реанимации первые дни после родов: Средняя вероятность ПРД – 37,0% (EPDS, ≥ 8 баллов) Высокая вероятность ПРД – 39,0% (EPDS, ≥ 12 баллов) Высокая вероятность ПРД – 41,0% (BDI, нет данных)
30	Макарова М.А. и др., 2021 [51]	Москва, 2019 г.	150 женщин	Одноментное	Комплексное изучение клинко-психопатологической структуры депрессивных расстройств, развивающихся у женщин в послеродовом периоде, выявление факторов риска их развития и особенностей терапии	1.0-3 день после родов, 2. каждые 2 недели в течение 6 месяцев	MADRS (баллы – нет данных)	11,3% (MADRS, баллы – нет данных)

Продолжение Таблицы Д.1

31	Сабыржанова А.Н. и др., 2021 [52]	Санкт-Петербург, 2019г., 2020 г.	37 матерей ОПН: 24 - в период самоизоляции, 13 – вне периода самоизоляции	Случай-контроль	Сравнить влияния факторов самоизоляции (отсутствие свиданий, выход из отделения) во время пандемии на уровень депрессии	Во время нахождения в перинатальном центре	PHQ-9 (≥ 5 (10, 15) баллов)	Матери в период самоизоляции: Легкая степень депрессии – 33% (PHQ-9, 5-9 баллов), Умеренная депрессия – 17% (PHQ-9 10-14 баллов), Тяжелая депрессия 4% – (PHQ-9, ≥ 15 баллов) Матери вне периода самоизоляции: Легкая степень депрессии – 38,5% (PHQ-9, 5-9 баллов), Умеренная депрессия – 61,5% (PHQ-9, 1-14 баллов)
32	Муштенко Н.С., 2021 [45]	Курск, 2020	30 рожениц	Одномоментное	Нет данных	Послеродовый период	Тест - опросник Т.И.Балашовой; Методика «Самооценка депрессии»	Легкая депрессия – 64% (50-59 баллов) Маскированная депрессия или субдепрессия – 23% (60-69 баллов) Истинное депрессивное состояние – 3% (≥ 70 баллов)

Продолжение Таблицы Д.1

33	Сабыржанова К.А. и др., 2021 [52]	Санкт-Петербург, 2020 г.	24 матери отделения патологии новорожденных в период самоизоляции	Одномомментное	Оценить психическое состояние матерей в послеродовом периоде во время самоизоляции	Во время нахождения в перинатальном центре	HDRS (баллы – нет данных)	Замужние – легкая депрессия – 37%; незамужние – легкая депрессия – 40%. Не первый ребенок – легкая депрессия – 33%; первый ребенок – легкая депрессия – 40%. Недоношенный ребенок – легкая депрессия – 27%; доношенный ребенок – легкая депрессия 46%. Запланированная беременность – легкая депрессия 47%; незапланированная беременность – легкая депрессия 14%; Роды со стимуляцией – легкая депрессия – 40%; роды без стимуляции – легкая депрессия 36%; КС – легкая депрессия – 17%; естественные роды – легкая депрессия 83%; Постановка ВПР у ребенка во время беременности – легкая депрессия – 58%; Грудное вскармливание – легкая депрессия – 44%; нет грудного вскармливания – легкая депрессия – 25%; Желание еще иметь детей – легкая депрессия 25%; нет желания еще иметь детей – легкая депрессия 44%. Все результаты: HDRS, баллы – нет данных
----	-----------------------------------	--------------------------	---	----------------	--	--	---------------------------	--

Продолжение Таблицы Д.1

34	Тетерлева М.В. и др., 2021 [91]	Пермь, 2021г.	100 женщин	Одномо- ментное	1. Выявить частоту встречаемости ПРД среди жительниц города Перми. 2. Определить факторы, влияющие на развитие ПРД	Не ранее 14 дня после родов	EPDS (≥ 9 (13) баллов) HDRS (нет данных) SDS (нет данных)	30% (EPDS, ≥ 9 баллов), из них: Депрессия легкой степени – 20% (EPDS, ≥ 9 баллов), депрессия средней тяжести 8% – (EPDS, ≥ 13 баллов), Тяжелая депрессия с суицидальными настроениями – 2% Пациентки с эндокринной патологией – 40% (EPDS, ≥ 9 баллов) Пациентки с отягощенным акушерским анамнезом – 20% (EPDS, ≥ 9 баллов)
35	Yakupova V.A. et al., 2021 [350]	Москва и МО (48,7%), др. регионы РФ (14,4%), страны Евросоюза (18,2%), Израиль (9,6%), бывш. республики СССР (9,1%) 2018-2019 гг.	190 женщин	Одномо- ментное	Изучить связь между акушерскими факторами, удовлетворенностью родами и постоянной поддержкой во время родов с симптомами ПРД через два месяца после родов	2 месяца после родов	EPDS (≥ 10 баллов)	34,3% (EPDS, ≥ 10 баллов)
36	Аветисян Р.Р. и др., 2022 [56]	Владикавк- з, 2022 г	120 беременных и родильниц	Одномо- ментное	Изучение психологических аспектов ПРД, определение понятия, сущности ПРД, распространенности и причин возникновения	Нет данных	EPDS (≥ 10 баллов)	Есть признаки ПРД – 44% (EPDS, ≥ 10 баллов) Есть вероятность ПРД – 12%

Продолжение Таблицы Д.1

37	Богданова Н.В., Дьякова Е.А., 2022 [5]	Пермь, нет данных	178 женщин	Одноментное	Изучение распространенности ПРД среди женщин, обращавшихся в перинатальный центр «Доула» в городе Перми, и выявление факторов риска развития аффективных расстройств послеродового периода	Не позднее 6 недель после родов	EPDS (≥ 8 баллов)	100% вероятность ПРД – 34% 86% вероятность ПРД – 24% Все результаты: EPDS, ≥ 8 баллов
38	Круглова А.А., Бедина В.Ю., 2022 [33]	Тамбов, нет данных	40 рожениц: 20 – 18-28 лет, 20 – старше 28 лет	Одноментное	Изучение ПРД и выявление ее взаимосвязи с возрастом рожениц.	Во время нахождения в перинатальном центре	SDS (нет данных) BDI (нет данных)	Матери 18-28 лет – 65%, из них: Субдепрессия – 10%, Легкая депрессия – 35%, Депрессия – 20%. Матери старше 28 лет – 50%, из них: Субдепрессия – 10%, Легкая депрессия – 35%, Депрессия – 5%. Все результаты: BDI, баллы – нет данных
39	Медведев В.С. и др., 2022 [39]	Киров, нет данных	176 женщин	Одноментное	Дать оценку распространенности ПРД у женщин города Кирова, установить наличие зависимости ПРД от различных этиологических факторов	Нет данных	EPDS (9-13 баллов – вероятность ПРД 86%, ≥ 14 баллов – вероятность ПРД 100%)	69% (EPDS, ≥ 9 баллов)
40	Паршин А.В. и др., 2022 [58]	Саратовская область, 2021 г.	92 пациентки	Одноментное	Определить психологические особенности личности пациенток в 3 триместре беременности и послеродовом периоде	1.20-40 неделя беременности 2.После родов	BDI (нет данных)	Слабая депрессия – 42,4% (BDI, баллы – нет данных)

Продолжение Таблицы Д.1

41	Сваридзе Д.С., Болучевская В.В., 2022 [87]	Волгоград, 2022	54 женщины: 27 после ЕР, 27 – после КС	Одно- ментное	Изучение влияния различных вариантов родоразрешения на риск возникновение ПРД у женщин.	Нет данных	EPDS (≥ 10 (13) баллов) HADS (нет данных)	Естественные роды: EPDS (EPDS, ≥ 10 баллов) 100% вероятность ПРД – 4% (EPDS, ≥ 13 баллов) Высокая вероятность ПРД – 37% (EPDS, ≥ 10 баллов) Клинически выраженная ПРД – 4% (HADS, нет данных) Субклинически выраженная ПРД – 33% КС: EPDS (нет данных) 100% вероятность ПРД – 18% (EPDS, ≥ 10 баллов) Высокая вероятность ПРД – 41% (EPDS, ≥ 13 баллов) Клинически выраженная ПРД – 7% (HADS, нет данных) Субклинически выраженная ПРД – 56%
42	Yakupova V.A. et al, 2022 [348]	Москва и МО (36,7%), др. регионы РФ (43%), страны СНГ (6,9%), страны Евросоюза, США, другие (13,4%), Этап 1 – янв-фев 2020 г. Этап 2 – фев-мар 2021 г.	2256 русскоязычных женщин: 611 на этапе 1, 1645 на этапе 2	Одно- ментное	Изучить изменения в опыте родов, симптомов послеродового посттравматического стрессового расстройства. и депрессии, в связи с ограничительными мерами по борьбе с COVID-19	В течение года после родов	EPDS (≥ 10 баллов)	ПРД на этапе 1 (до пандемии) – 43,9% (EPDS, ≥ 10 баллов) ПРД на этапе 2 (во время пандемии) – 45,7% (EPDS, ≥ 10 баллов) ПТСР на этапе 1 – 17,5% ПТСР на этапе 2 – 15,1%

Продолжение Таблицы Д.1

43	Антипова Е.И., 2023 [3]	Республика Татарстан, 2023	119 женщин	Одноментное	Сделать анализ частоты встречаемости ПРД на территории республики Татарстан и выявить предикторы	Первые полтора месяца после родов	EPDS (EPDS, ≥ 10) 13 баллов)	100% вероятность ПРД – 30,4% (EPDS, ≥ 13 баллов) 86% вероятность ПРД – 55,4% (EPDS, ≥ 10 баллов)
4	Федака А.А., Авксентьева М.В., 2023 [96]	По России (онлайн-опрос) Москва – 18% СПб – 6% Др. регионы – 76% 2023 г.	360	Одноментное	Оценить распространенность ПРД в РФ	В течение года после родов	EPDS (≥ 12 баллов) PHQ2 (≥ 3 баллов)	ПРД – 45% (EPDS ≥ 12 баллов) ПРД и предпороговая симптоматика ПРД – 73% (PHQ2 ≥ 3 баллов)
45	Якупова В.А. и др., 2023 [107]	РФ (онлайн-опрос) Май-сентябрь 2022 г.	2579 женщин	Одноментное	Изучение связи между рисками развития ПРД и послеродового ПТСР и следующими переменными: уровнем дохода семьи, местом, в котором прошли роды (город, поселок городского типа, сельская местность), и типом родов (по полису обязательного медицинского страхования в роддоме, контрактные в роддоме, домашние роды)	В течение года после родов	EPDS (≥ 10 баллов)	ПРД – 37,4% (EPDS, ≥ 10 баллов)
46	Suarez A. et al, 2023 [321]	По России (онлайн-опрос) 2020-2023 гг.	293	Когортное проспективное	Изучить долгосрочный эффект материнской депрессии на ранних этапах родительства на социально-эмоциональное состояние ребенка	1. В течение года после родов 2. Через 2 года после родов	EPDS (≥ 10 баллов) BDI (≥ 20 баллов)	1. 34,1% (EPDS ≥ 10 баллов) 2. 10,9% (BDI-II ≥ 20 баллов)

Продолжение Таблицы Д.1

47	Андрущенко Н.В. и др., 2024 [92]	Санкт-Петербург, 2023	77 матерей недоношенных детей	Одномоментное	Исследование динамики психического состояния матерей и стресса семьи на первом году жизни детей, родившихся до срока и имеющих структурные внутричерепные изменения в виде внутрижелудочковых церебральных кровоизлияний различной степени тяжести, получавших консервативное и оперативное лечение по поводу гидроцефального синдрома и постгеморрагической гидроцефалии	1.Период нахождения детей в ОРИТН 2.Период нахождения детей в ОПН по достижении ребенком 3 месяцев 3. Период нахождения детей в ДУ по достижении ребенком 12 месяцев	BDI (нет данных)	1. $33,1 \pm 7,49$ балла (высокий уровень депрессии) 2. $29,2 \pm 8,41$ балла (высокий уровень депрессии) 3. $29,9 \pm 9,13$ балла (высокий уровень депрессии) Все результаты: BDI, баллы – нет данных
48	Голык Е.И., Дунаев А.Г., 2024 [9]	Ростов-на Дону, 2024	79 женщин, из них: ЕР – 36, КС – 25, ЭКС – 18 женщин	Одномоментное	Изучение динамики эмоционального состояния и качества жизни женщин послеродовом периоде.	В послеродовом периоде	EPDS (≥ 11 баллов)	После ЭКС – 72% После ПКС – 50% После ЕР – 35% Все результаты: EPDS, ≥ 11 баллов
49	Демидова В.А. и др., 2024 [12]	Волгоград, 2023г.	45 женщин	Одномоментное	Изучение эмоционального состояния женщин в первые три месяца после родов.	Первые три месяца после родов	EPDS (нет данных)	Пограничное состояние – 29,5% Выраженная депрессия – 22,7% Тяжелая депрессия – 2,3% Все результаты: EPDS, нет данных
50	Картеева Т.И. и др., 2024 [23]	Республика Ингушетия, 2024	100 женщин	Одномоментное	Оценка психологического здоровья женщин в послеродовом периоде в Республике Ингушетия	В течение года после родов	EPDS (нет данных)	Выраженная форма депрессии – 42% Тяжелая форма депрессии – 28% Все результаты: EPDS, нет данных
51	Хабовская С.В. и др., 2024 [102]	Ярославль, 2024	166 матерей	Когортное проспективное	Изучить влияние ПРД на продолжительность грудного вскармливания и состояние здоровья ребенка	Нет данных	EPDS (нет данных)	Высокая вероятность ПРД – 45,2% Все результаты: EPDS, нет данных

Таблица Д.2 – Оценка качества когортных исследований и исследований «случай-контроль»

АВТОР, ГОД	ДИЗАЙН	ВЫБОР (МАКС 4)	СРАВНИМОСТЬ (МАКС 2)	ИСХОДЫ (МАКС 3)	ИТОГОВАЯ ОЦЕНКА (0–9)	КАЧЕСТВО
Мазо Г.Э., Шаманина М.В., 2010 [36]	Когортное проспективное	2	1	2	5	Среднее
Горьковская И.А. и др., 2017 [57]	Когортное проспективное	4	1	2	7	Высокое
Коргожа М.А., 2017 [31]	Когортное проспективное	3	1	2	6	Среднее
Мальгина Г.Б. и др., 2017 [37]	случай-контроль	4	1	2	7	Высокое
Рязанова О.В. и др., 2017 [47]	Когортное проспективное	4	2	2	8	Высокое
Рязанова О.В. и др., 2017 [7]	Когортное проспективное	3	2	2	7	Высокое
Резник В.А. и др., 2017 [59]	Когортное проспективное	4	2	3	9	Высокое
Фоменко А.Н. и др., 2018 [101]	Когортное проспективное	3	1	2	6	Среднее
Riazanova O.V. et al., 2018 [300]	Когортное проспективное	4	2	3	9	Высокое
Бабич Т.Ю. и др., 2018 [49]	Когортное проспективное	3	1	2	6	Среднее
Шакиров Р.Т. и др., 2019 [104]	Когортное проспективное	4	2	2	8	Высокое
Заячникова Т.Е., Лавренюк И.И., 2020 [19]	Когортное проспективное	4	2	3	9	Высокое
Рязанова О.В. и др., 2020 [85]	Когортное проспективное	4	2	3	9	Высокое
Сабыржанова К.А. и др., 2021 [52]	случай-контроль	2	1	2	5	Среднее
Suarez A. и др., 2023 [321]	Когортное проспективное	4	2	3	9	Высокое
Хабовская С.В. др., 2024 [102]	Когортное проспективное	2	1	2	5	Среднее

Таблица Д.3 – Оценка качества поперечных исследований

АВТОР, ГОД	ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ	СООТВЕТСТВИЕ ДИЗАЙНА	ОБЪЁМ ВЫБОРКИ	РЕПРЕЗЕНТАТИВНОСТЬ	МОМЕНТ ОЦЕНКИ И ПРД	ВАЛИДНЫЕ ШКАЛЫ	СТАНДАРТИЗАЦИЯ ОЦЕНКИ	АНАЛИЗ ДАННЫХ	ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	ОБЩАЯ ДОСТОВЕРНОСТЬ	ИТОГОВАЯ ОЦЕНКА (0–10)	КАЧЕСТВО
Скобло Г.В., 2004 [87]	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	8	высокое
Прибытков А.А., 2008 [53]	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	4	низкое
Татарова Н.А. и др., 2009 [89]	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	6	среднее
Ивашиненко Д.М., Култыгина С.В., 2011 [22]	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	8	высокое
Голенков А.В. и др., 2016 [8]	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9	высокое
Большакова Н.Ю. и др., 2017 [6]	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	8	высокое
Башинский А.Е. и др., 2018 [4]	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	7	высокое
Гусева Н.А., Голюк М.Н., 2018 [11]	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	4	низкое
Ивасенко В.А. и др., 2018 [21]	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	7	высокое
Никитенкова В.Е., Комалова А.И., 2018 [46]	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	5	среднее
Рязанова О.В. и др., 2018 [86]	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	8	высокое
Киселева К.Д. и др., 2019 [22]	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	5	среднее
Кожадёй Е.В., Гречаный С.В., 2019 [30]	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	8	высокое
Охотина Т.Н. и др., 2019 [13]	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	низкое
Цыбина А.Д. и др., 2020 [103]	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	8	высокое
Иванова О.А., Квасова Л.К., 2021 [20]	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	6	среднее
Макарова М.А. и др., 2021 [51]	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	8	высокое
Муштенко Н.С., 2021 [45]	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	4	низкое
Сабыржанова К.А. и др., 2021 [52]	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	7	высокое
Тетерлева М.В. и др., 2021 [91]	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9	высокое
Yakupova V.A. et al, 2021 [350]	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	8	высокое
Аветисян Р.Р. и др., 2022 [56]	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	6	среднее
Богданова Н.В., Дьякова Е.А., 2022 [5]	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	7	высокое
Круглова А.А., Бедина В.Ю., 2022 [33]	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	7	высокое
Медведева В.С. и др., 2022 [39]	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	6	среднее
Паршин А.В. и др., 2022 [58]	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	7	высокое
Сваридзе Д.С., Болучевская В.В., 2022 [87]	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	6	среднее
Yakupova V.A. et al, 2022 [349]	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	8	высокое
Антипова Е.И., 2023 [3]	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	7	высокое
Федака А.А., Авксентьева М.В., 2023 [96]	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9	высокое
Якупова В.А. и др., 2023 [107]	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	8	высокое
Андрущенко Н.В. и др., 2024 [92]	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	высокое
Голык Е.И., Дунаев А.Г., 2024 [9]	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	7	высокое
Демидова В.А. и др., 2024 [12]	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	7	высокое
Картеева Т.И. и др., 2024 [23]	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	7	высокое

ПРИЛОЖЕНИЕ Е. Опросник RНQ 2+1**Опросник RQH-2+1 для оценки эмоционального состояния после родов**

ФИО: _____

Дата заполнения: _____

Возраст: _____

Дата родов: _____

Отметьте подходящий вариант ответа:

1. Как часто за последние две недели у вас был снижен интерес или удовольствие от выполнения ежедневных дел?

- ☐ Ни разу
- ☐ Несколько дней
- ☐ Более половины времени
- ☐ Почти все время

2. Как часто за последние две недели у вас было плохое настроение, вы были подавлены или испытывали чувство безысходности?

- ☐ Ни разу
- ☐ Несколько дней
- ☐ Более половины времени
- ☐ Почти все время

3. Нужна ли вам помощь по этому поводу?

- ☐ Нет, не нужна
- ☐ Да, но не сегодня
- ☐ Да, я хочу получить помощь

Оценка самочувствия после родов

* Как часто за последние две недели у вас был снижен интерес или удовольствие от выполнения ежедневных дел?

- ☐ Ни разу
- ☐ Несколько дней
- ☐ Более половины времени
- ☐ Почти каждый день

* Как часто за последние две недели у вас было плохое настроение, вы были подавлены или испытывали чувство безысходности?

- ☐ Ни разу
- ☐ Несколько дней
- ☐ Более половины времени
- ☐ Почти каждый день

* Хотели бы вы получить помощь по этому поводу?

- ☐ Нет, не нужна
- ☐ Да, но не сегодня
- ☐ Да, я хочу получить помощь

Отправить

0 баллов из 6

Ваше эмоциональное состояние не вызывает тревоги

Однако послеродовой период может быть непростым, и даже незначительные симптомы заслуживают внимания.

Если вы почувствуете ухудшение самочувствия или эмоциональное напряжение — не стесняйтесь обратиться за поддержкой. Это важно и нормально.

2 балла из 6

Ваши ответы указывают на выраженные признаки эмоциональной перегрузки, которые могут быть началом послеродовой депрессии

Это состояние может усугубляться без поддержки.

Пожалуйста, обсудите своё самочувствие с врачом — раннее обращение помогает избежать осложнений и быстрее восстановиться.

4 балла из 6

Ваши ответы указывают на высокую вероятность тяжёлого депрессивного состояния

Это серьёзный сигнал: такие симптомы требуют внимания врача.

Пожалуйста, не откладывайте — обсудите своё самочувствие со специалистом. Помощь доступна, и она может существенно облегчить ваше состояние.

6 баллов из 6

Ваши ответы указывают на высокую вероятность тяжёлого депрессивного состояния

Это серьёзный сигнал: такие симптомы требуют внимания врача.

Пожалуйста, не откладывайте — обсудите своё самочувствие со специалистом. Помощь доступна, и она может существенно облегчить ваше состояние.

Рисунок Е.1 — электронная форма опросника PHQ-2+1

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж. Информационные материалы о послеродовой депрессии

ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ (ПАМЯТКА ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА)

Послеродовая депрессия (ПРД) – серьезное, распространенное (до 45% женщин) осложнение, длящееся более 2 недель после родов. Важно отличать ее от «baby blues» (проходит за 3–5 дней) и активно выявлять симптомы (тревога, апатия, гнев, бессонница), используя ультракороткий опросник РНQ-2+1 или Эдинбургскую шкалу для ранней диагностики.

1. Ключевые симптомы (диагностические признаки):

- Стойкое снижение настроения: Подавленность, плаксивость, чувство безнадежности более 2-х недель.
- Эмоциональная отстраненность: Отсутствие радости от общения с ребенком, чувство «не своей».
- Тревога и раздражительность: Беспричинные вспышки гнева, сверхраздражительность.
- Нарушения сна и аппетита: Бессонница даже при спящем ребенке или, наоборот, гиперсомния.
- Чувство вины: Мысли о собственной «неполноценности» как матери.

2. Факторы риска (обращать внимание):

- Психоэмоциональные расстройства в анамнезе (в т.ч. депрессии).
- Отсутствие поддержки супруга/родственников.
- Тяжелые или осложненные роды.
- Несоответствие ожиданий от материнства реальности.

3. Отличие «Baby blues» от ПРД:

- «Baby blues» (грусть рожениц): возникает на 3-5 день, длится недолго, проходит самостоятельно.
- Послеродовая депрессия: начинается в течение нескольких недель/месяцев, симптомы стойкие, усиливаются, требуют помощи.

4. Действия медицинского работника:

- Скрининг: используя ультракороткий опросник РНQ-2+1
- Беседа: задавать открытые вопросы о настроении, сне и самочувствии, а не только о ребенке.

- Информирование: объяснить маме, что ПРД – это болезнь, а не «отсутствие характера».
- Маршрутизация: при подтверждении симптомов направить к клиническому психологу, психотерапевту или психиатру.

5. Чего нельзя говорить (запрещенные фразы):

- «Ты просто устала, отдохни».
- «Возьми себя в руки».
- «Ты же мать, должна радоваться».

6. Профилактика:

- Рекомендовать делегирование домашних дел.
- Поощрять отдых мамы (минимум 1-2 часа в день для себя).
- Консультирование по вопросам грудного вскармливания для снижения стресса.

ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ (ПАМЯТКА ДЛЯ МАМЫ)

Послеродовая депрессия (ПРД) – это серьезное состояние, затрагивающее до 45% женщин. Симптомы включают постоянную грусть, плаксивость, раздражительность, нарушения сна, отстраненность от ребенка и чувство вины, длящиеся более 2 недель. ПРД – это не «слабость», и вы не «плохая мать». Это состояние, при котором женщине нужна поддержка и, при необходимости, помощь специалиста. Обратиться за помощью можно уже при первых симптомах, не дожидаясь ухудшения состояния.

Когда нужен врач?

Обратитесь за консультацией, если в течение двух недель и более сохраняются:

- подавленное настроение;
- тревога, раздражительность, плаксивость;
- чувство вины, беспомощности, опустошенности;
- утрата интереса к обычным делам;
- выраженная усталость, которая не проходит после отдыха;
- нарушения сна, не объясняющиеся только уходом за ребенком;
- трудности в установлении эмоционального контакта с ребенком;
- ощущение, что вы не справляетесь;
- мысли о том, что вам нужна помощь.

Куда можно обратиться?

В женскую консультацию

Если после родов вы продолжаете наблюдаться у акушера-гинеколога, сообщите врачу о своем состоянии. Специалист поможет сориентироваться и направит дальше при необходимости.

В детскую поликлинику

Во время плановых осмотров ребенка можно сказать педиатру или медицинской сестре, что у вас есть признаки эмоционального неблагополучия. Это важная информация, и с ней не нужно оставаться одной.

К медицинскому психологу

Медицинский психолог помогает оценить состояние и определить, какая помощь нужна дальше.

К врачу-психотерапевту или психиатру

Если симптомы выражены, мешают повседневной жизни, уходу за ребенком, сну или сохраняются длительно, необходимо обратиться к специалисту психиатрического профиля.

К терапевту или врачу общей практики

Если вы не знаете, с чего начать, можно обратиться к врачу первичного звена и сообщить о своих симптомах.

Когда нужна срочная помощь?

- появились мысли о причинении вреда себе;
- появились мысли о причинении вреда ребенку;
- возникло ощущение, что вы не можете контролировать свои действия;
- появились выраженный страх, возбуждение, спутанность, странные мысли или вы слышите то, чего нет.

В такой ситуации необходимо срочно обратиться за неотложной помощью или вызвать 112.

Важно помнить

- Чем раньше обратиться за помощью, тем легче справиться с симптомами.
- Просить о помощи нормально.
- Вы не обязаны справляться с этим состоянием в одиночку.
- ПРД успешно лечится психотерапией, социальной поддержкой, организацией отдыха и питания и, при необходимости, безопасными при грудном вскармливании препаратами.

Профилактика послеродовой депрессии

1. В первые недели после родов особенно важно снизить бытовую нагрузку и оставить только действительно необходимые дела. Не стремитесь сразу поддерживать привычный ритм домашнего хозяйства.

2. Принимайте помощь близких и, при возможности, делегируйте часть повседневных забот. Это может касаться ухода за ребенком, приготовления пищи, покупок и бытовых дел.
3. По возможности отдыхайте и спите тогда, когда спит ребенок. Даже короткие периоды сна и отдыха в течение дня помогают уменьшить утомление и эмоциональное напряжение.
4. Создайте для себя максимально удобные бытовые условия. Важно, чтобы кормление и уход за ребенком были организованы комфортно для матери. Например, можно заранее оборудовать места для кормления, использовать подушки и другие приспособления, снижающие физическое напряжение.
5. Следите за регулярным, разнообразным и полноценным питанием. При необходимости просите близких помочь с приготовлением еды для вас и вашей семьи.
6. Старайтесь ежедневно бывать на свежем воздухе. Прогулки, спокойная физическая активность и смена обстановки способствуют снижению тревожности и улучшению эмоционального состояния.
7. Поддерживайте посильную физическую активность. Выполняйте легкие упражнения, прогулки или другие комфортные виды активности, которые помогают уменьшить напряжение и улучшить самочувствие.
8. Если визиты утомляют и раздражают, их можно временно сократить. Если общение, напротив, дает поддержку, стоит сохранять и расширять его.
9. Не оставайтесь в социальной изоляции. Общение с близкими, подругами или другими матерями помогает снизить чувство одиночества и тревоги.
10. Не требуйте от себя слишком многого. Адаптация к материнству требует времени. Важно постепенно привыкать к новому образу жизни, осваивать уход за ребенком и не ожидать от себя постоянной уверенности.
11. Старайтесь замечать и признавать свои чувства. Раздражение, усталость, тревога, растерянность или отсутствие радости не делают женщину «плохой матерью». Полезно говорить о своих переживаниях с близкими, специалистом или записывать их в дневник.
12. Находите хотя бы небольшое время только для себя. Важны даже короткие периоды личного времени: ванна, прогулка в одиночестве, любимое занятие, чтение, музыка или любая другая приятная деятельность.
13. Поддерживайте отношения с партнером. После рождения ребенка важно сохранять не только родительские, но и супружеские отношения, по возможности находить время для спокойного общения и совместного отдыха.
14. Заботьтесь о своем внешнем виде и телесном комфорте. Удобная, приятная одежда, привычные ритуалы ухода за собой и внимание к собственному самочувствию помогают поддерживать чувство внутренней устойчивости.