

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

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2026

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Научный руководитель:
доктор медицинских наук

Авксентьева Мария Владимировна

Официальные оппоненты:

Коновалов Олег Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», кафедра общественного здоровья, здравоохранения и гигиены, профессор кафедры

Кочорова Лариса Валерьяновна – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением, профессор кафедры

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

Защита диссертации состоится «23» июня 2026г. в 13:00 на заседании диссертационного совета ДСУ 208.001.35 при ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) по адресу: 119048, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

С диссертацией можно ознакомиться в Фундаментальной учебной библиотеке ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) (119034, г. Москва, ул. Зубовский бульвар, д.37/1) и на сайте организации: <https://www.sechenov.ru>

Автореферат разослан « ____ » _____ 2026г.

Ученый секретарь

диссертационного совета ДСУ 208.001.35
доктор медицинских наук, профессор



Касимовская Наталия Алексеевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

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 % при этом в отдельных странах она достигает 35–50 % (A.F.Dadi et al., 2020; X.Liu et al., 2022; A. Nisar et al., 2021, R. Mitchel et al., 2023), а более половины случаев остаются нераспознанными (E Littlewood et al., 2018). 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 (Chen et al., 2022).

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 (A.F.Dadi et al., 2020; Z. Wang et al., 2021). 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 (В.А. Демидова, В.А. Виноградова, 2024; D. Daehn et al., 2022), вследствие чего значительная часть пациенток не обращается за помощью (J.M.S. Place et al., 2024). Имеются ограниченные данные, свидетельствующие, что в мире лишь 15–30 % женщин с ПРД ставится соответствующий диагноз и оказывается специализированная помощь (A.F. Dadi et al., 2020; L.M. Howard et al., 2021). 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 (J. Slomian et al., 2019). У детей матерей с ПРД наблюдаются неблагоприятные когнитивные и поведенческие последствия (R.

Tiramalaraju et al., 2020; A. Rogers et al., 2020). Отмечается рост числа внутрисемейных конфликтов возникает чувство одиночества, а при тяжёлом течении повышается риск суицидального поведения и инфантицида (I.F. Brockington, 2017, M.S. Lee et al., 2022). По данным исследования *Mathematica Policy Research* (2020), 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. Наиболее эффективным считается проведение скрининга в рамках профилактических осмотров ребёнка, что обеспечивает высокий охват матерей (A.I. van der Zee-van Berg et al., 2017; ВОЗ, 2020).

Российскими клиническими рекомендациями «Нормальный послеродовой период (послеродовая помощь и обследование)» 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 (А.В. Голенков и др., 2016; Е.А. Нечаева и др., 2021).

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 (Н.А. Татарова и др., 2009; М.В. Тетерлева и др., 2021; А.Д. Цыбина, 2020; В.А. Якупова и др., 2023) изучали связи между социальными и клиническими предикторами ПРД, другие адаптировали и тестировали Эдинбургскую шкалу послеродовой депрессии (англ. *Edinburgh Postnatal Depression Scale*, EPDS), подтвердив ее применимость в русскоязычной выборке (А.В.

Голенков и др., 2016; Г.Э. Мазо и др., 2012). Вместе с тем, методологическая неоднородность этих работ, различия в используемых шкалах и порогах оценки, а также ограниченный объём выборок 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 (A.Suarez et al., 2023; V.A. Yakupova et al., 2021), 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 (А.В Корнетов, 2015), 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 (С.Е. Добрякова и др., 2018). 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 обобщённую оценку распространённости 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 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 приёме, 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 (А.В. Решетников, К.Э. Соболев, 2022).

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 клиничко-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, клиничко-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. Используются 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 клинко-экономической эффективности. 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 клинко-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 клинко-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 PHQ-2+1 для российской популяции, проведена оценка его диагностических характеристик в сравнении с EPDS.

Автор разработала математическую модель скрининга ПРД и провела клинко-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 распространенностью, 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*) и ESOMAR (англ. *European Society for Opinion and Marketing Research*), 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*). 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); *Geneva Health Forum* (2022); Форум «ОргЗдрав – 2023» и «ОргЗдрав – 2025»; 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 журнале, 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, списка литературы, приложения. Диссертация изложена на 293 страницах, иллюстрирована 27-ю Таблицами, 60-ю рисунками. Список литературы включает 350 источников, в том числе 107 отечественных и 243 зарубежных.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обосновывается актуальность выбранной темы, характеризуется степень ее разработанности, сформулированы цели, задачи и положения, выносимые на защиту, определены предмет и объект исследования, его научная новизна и практическая значимость.

В **первой главе** дается комплексный обзор литературы по эпидемиологии ПРД в России и мире, истории, критериям диагностики и инструментам диагностики, факторам риска, социальным и клиничко-экономическим последствиям. Детально описана мировая практика скрининга на ПРД, включая различия в организации скрининговых мероприятий, составе специалистов, участвующих в выявлении ПРД, а также применяемых опросниках и пороговых значениях. Показано, что в разных странах скрининг может проводиться врачами общей практики, педиатрами, семейными врачами, медицинскими сестрами, акушерками и другими специалистами первичного звена. Также проанализированы отечественные нормативные документы по охране психического здоровья женщин в период беременности и после родов. Рассмотрены вопросы стигматизации и барьеры обращения за психиатрической помощью в послеродовом периоде.

Во **второй главе** приведены характеристика материалов и методов исследования. Исследование выполнялось в пять этапов. На первом этапе выполнялась оценка

распространённости ПРД в РФ среди матерей детей первого года жизни ($n=360$) с использованием опросников EPDS и PHQ-2 в одномоментном онлайн-исследовании, а также сравнение результатов обоих опросников и обоснование возможности применения PHQ-2+1 для скрининга. Онлайн-опрос проводился на сертифицированной платформе с многоступенчатым контролем качества данных. Объём выборки был рассчитан по формуле Кокрена и составил не менее 185–217 наблюдений; фактически опрошено 360 женщин. Для оценки возможной ошибки самоотбора проведено сопоставление выборки с доступными характеристиками генеральной совокупности по данным Росстата: по возрасту, числу детей, занятости, типу населённого пункта и уровню образования. Было установлено, что в выборке несколько чаще представлены женщины 30–35 лет, городские жительницы и женщины с высшим образованием, что учитывалось при интерпретации результатов.

Вторым этапом было получение обобщённых данных о распространённости ПРД в РФ в систематическом обзоре с метаанализом.

На третьем этапе проводилась оценка уровня осведомлённости о ПРД и отношения к скринингу среди матерей из той же выборки, что и на первом этапе ($n=360$), и медицинских работников ($n=303$), выявление барьеров его внедрения. Опрос медицинских работников проводился онлайн среди специалистов, профессионально взаимодействующих с матерями и детьми первого года жизни; распространение анкеты осуществлялось через профсоюзную инфраструктуру. Расчёт минимального объёма выборки для медицинских работников составил 196 человек; фактически в анализ включены 303 анкеты.

6. На четвёртом этапе построена математическая модель в виде дерева решений и оценена клиничко-экономическая эффективность скрининга с прогнозированием результатов на национальный уровень. По итогам исследования на пятом, заключительном, этапе работы разработан алгоритм скрининга матерей детей первого года жизни на ПРД и комплекс рекомендаций по его внедрению. Программа исследования приведена в Таблице 1.

Таблица 1 – Программа исследования

№	Задача	Предмет исследования	Методы исследования	Источники информации и объём 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.	Распространённость 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 1

2	Получить обобщенные данные о распространенности ПРД в РФ в систематическом обзоре с метаанализом	Заболеваемость ПРД за все года наблюдений	Систематический обзор литературы Метаанализ	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 среди матерей 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
Примечания: ПРД — послеродовая депрессия. EPDS AUC — англ. Area Under Curve; площадь под ROC-кривой. PPV — англ. Positive Predictive Value; положительная прогностическая ценность. NPV — англ. Negative Predictive Value; отрицательная прогностическая ценность. — англ. Edinburgh Postnatal Depression Scale; Эдинбургская шкала послеродовой депрессии. PHQ-2+1 — англ. Patient Health Questionnaire-2; опросник здоровья пациента (3 вопроса)				

Третья глава посвящена оценке распространенности ПРД в Российской Федерации, которая проводилась в собственном опросе матерей с помощью опросников EPDS и PHQ-2+1 и в систематическом обзоре с метаанализом отечественных исследований по распространенности ПРД. Дополнительно была определена возможность применения опросника PHQ-2+1 для скрининга на ПРД с определением оптимального порогового уровня (ROC/AUC, индекс Юдена, к Коэна, α Кронбаха).

В результате опроса матерей значимые симптомы ПРД (EPDS ≥ 12 баллов) были выявлены у 45,6 % женщин (95 % ДИ: 40,5–50,7 %), ещё 32,8 % (28,1%–37,8 %) продемонстрировали предпороговые проявления (EPDS 7–11 баллов). Совокупное бремя эмоционального неблагополучия достигло 78,4 % (74,0%–82,6 %). Результаты систематического обзора и метаанализа, включившего 51 отечественное исследование с общим числом 12 869 женщин, согласуются с данными опроса. Распространённость ПРД по всем включенным исследованиям составила 34,47 % (95% ДИ: 29,14 – 39,81 %). Проведённая метарегрессия выявила статистически значимую тенденцию к увеличению распространённости ПРД с течением времени (коэффициент +0,019 в год; $p = 0,004$). Так, в публикациях с 2020 по 2024 гг. включительно этот показатель

достиг 43,50 % (95 % ДИ: 35,5 – 51,5 %). Анализ чувствительности результатов оценки к влиянию отдельных исследований. показал устойчивость выявленной закономерности.

Для оценки возможности применения опросника PHQ-2+1 при скрининге на ПРД были сопоставлены распределения баллов PHQ-2 и EPDS. Между шкалами выявлена устойчивая связь: r Пирсона = 0,65, ρ Спирмена = 0,63. Анализ пороговых значений PHQ-2+1 показал, что максимум индекса Юдена (0,60) достигается при пороге ≥ 2 . При данной отсечке обеспечивается оптимальный для первичного скрининга диагностический баланс: чувствительность — 0,77, специфичность — 0,83, точность — 0,94, F1 — 0,85. ROC-анализ подтвердил хорошую дискриминационную способность PHQ-2+1: при использовании EPDS ≥ 7 в качестве критерия AUC составила 0,843 (Рисунок 1).

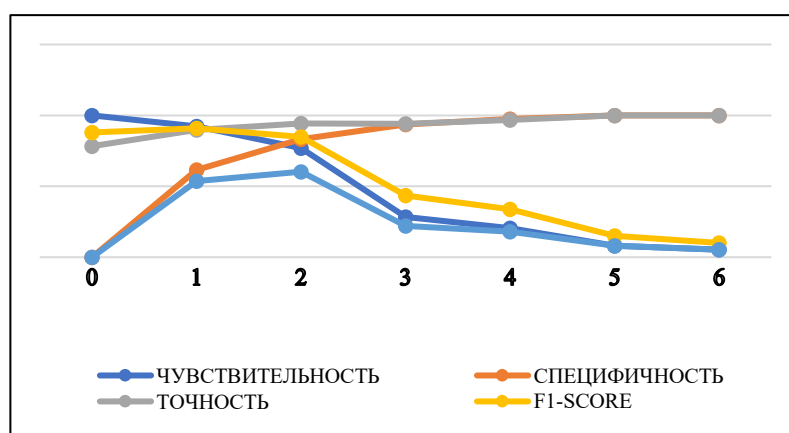


Рисунок 1 — Диагностические характеристики шкалы PHQ при различных порогах

Согласие между бинаризованными показателями PHQ-2+1 ≥ 2 и EPDS ≥ 7 было умеренным (κ Коэна = 0,486), что может рассматриваться как удовлетворительный результат для рутинного скрининга. Диагностический баланс порога PHQ-2+1 ≥ 2 сохранялся и при сопоставлении с различными пороговыми значениями EPDS. Таким образом, PHQ-2+1 может рассматриваться как простой и обоснованный инструмент первичного скрининга на ПРД, пригодный для практического применения.

Четвёртая глава посвящена анализу осведомлённости о ПРД среди матерей и медицинских работников, их отношения к скринингу, барьеров его внедрения и личного опыта. Несмотря на то, что значительная доля матерей имела признаки эмоционального неблагополучия по результатам анкетирования, обсуждали с врачом отдельные симптомы существенно реже: обсуждали с врачом упадок сил только 18,1 % матерей, нарушения сна — 15,6 %, тревогу и раздражительность — по 11,9 %. Значительная часть женщин воспринимает симптомы как «нормальные» проявления послеродового периода: через 3 месяца после родов постоянную усталость считали нормой 71,9 % матерей, через год — 55,3 %, а 53,6 % ожидали самостоятельного улучшения без медицинской помощи.

Несмотря на это, отношение к профессиональной поддержке и скринингу было положительным: 87,8 % матерей считают обращение за помощью полезным, 78,3 % готовы пройти краткий опросник на приёме у врача, а 93,6 % — даже при отсутствии выраженных симптомов. Вместе с тем предложение пройти скрининг или диагностику ПРД получали лишь 7,8 % женщин во время беременности и 5,0 % после родов, а об инструментах скрининга знали только 21,9 % матерей.

Среди медицинских работников также выявлены признаки недостаточной готовности к системному выявлению ПРД. Хотя они реже, чем матери, склонны считать симптомы нормой, часть специалистов допускает их физиологичность: постоянную усталость через 3 месяца после родов считали нормальным состоянием 55,1 % респондентов, через год — 35,6 %, проблемы со сном — 32,0 % и 18,5 % соответственно. Профессиональная осведомлённость носит фрагментарный характер: только 63,4 % отметили, что тема ПРД затрагивалась в обучении, 61,4 % оценили свои знания как средние, а 77,9 % указали на потребность в дополнительном обучении. В практике психологические проблемы пациенток обсуждаются нерегулярно: 62,4 % делают это «по необходимости», 26,7 % — всегда, 10,9 % — никогда. Основными барьерами являются дефицит времени, недостаток квалификации и восприятие темы как не входящей в профессиональные обязанности.

Осведомлённость медицинских работников о скрининговых инструментах также остаётся недостаточной: они знакомы 53,1 % специалистам. При этом отношение к рутинному скринингу положительное: его проведение специалистами непсихиатрического профиля поддерживают 94,5%. Ключевыми условиями успешного внедрения названы простота заполнения опросника, дополнительное обучение, наличие доказательной базы, увеличение времени приёма, скорость заполнения и финансовое стимулирование. Основными препятствиями специалисты считают дефицит времени на приёме, нежелание женщин обсуждать симптомы, недооценку проблемы медицинскими работниками и недостаточную квалификацию специалистов.

В целом полученные данные подтверждают значительное скрытое бремя ПРД, высокий потенциал внедрения рутинного скрининга и необходимость повышения информированности обеих целевых групп.

Пятая глава посвящена описанию модели скрининга на ПРД. Модель предполагает скрининг с помощью опросника RNQ-2+1 с пороговым баллом ≥ 2 на осмотрах ребёнка в 1-й, 3-й и 9-й месяцы, и последующее направление женщины для подтверждения диагноза при достижении порогового балла (Рисунок 2).

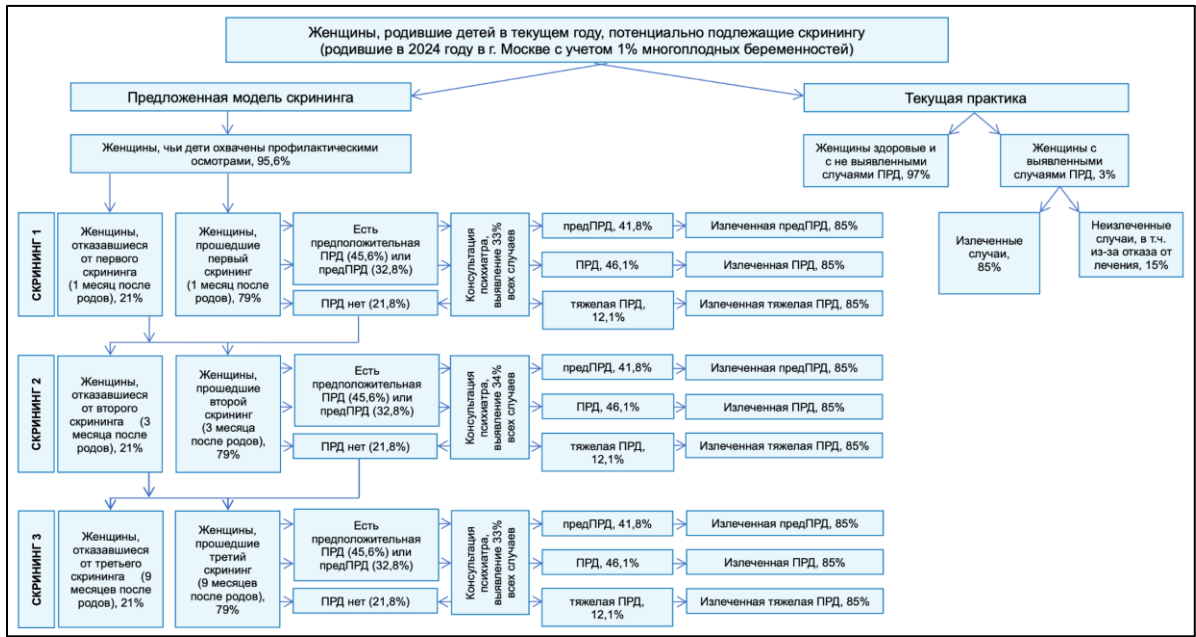


Рисунок 2 — Структура модели скрининга на послеродовую депрессию

Модельные оценки исходили из годовой когорты 113 776 родивших матерей в г. Москве, подлежащих скринингу, что эквивалентно чуть более 200 тыс. эпизодов обследований за первый год. На этих этапах ожидалось выявление 22 169,4 случаев предпороговой симптоматики и 24 450,1 случаев лёгкой/средней ПРД, а также 6 417,5 тяжёлых эпизодов. Даже с учётом прогнозируемых отказов от лечения количество женщин, получающих помощь, оказывается кратно выше, чем в текущей практике, где преимущественно диагностируются только тяжёлые формы (45 081,5 излеченных случаев в модели против порядка 3 тыс. случаев в сопоставимой группе). Таким образом, организованный скрининг существенно расширяет выявляемость и обеспечивает доступ к терапии для лёгких и средних форм, которые сегодня фактически выпадают из поля зрения. Данные представлены на Таблице 2 и Рисунках 3 и 4.

Таблица 2 — Ожидаемое число выявляемых и излечиваемых случаев послеродовой депрессии и предпороговых симптомов в группе из 113 776 женщин

Этап скрининга, месяцев после родов	Число скрининговых обследований	Выявлено случаев, чел.			Излечено случаев, чел.		
		Пред ПРД	Легкая/средняя ПРД	Тяжелая ПРД	ПредПРД	Легкая/средне-тяжелая 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		

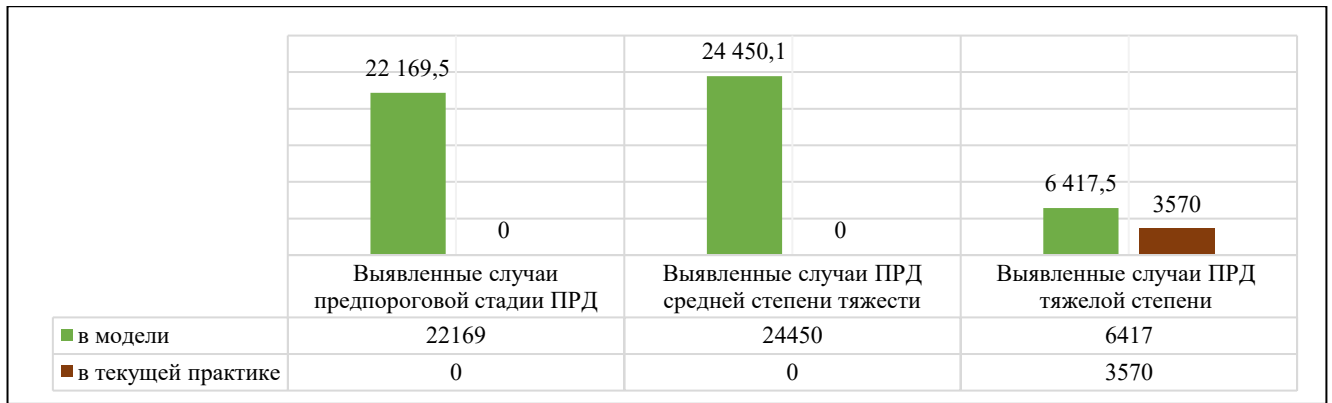


Рисунок 3 — Ожидаемое число выявляемых случаев послеродовой депрессии и предпороговых симптомов при проведении скрининга и без него

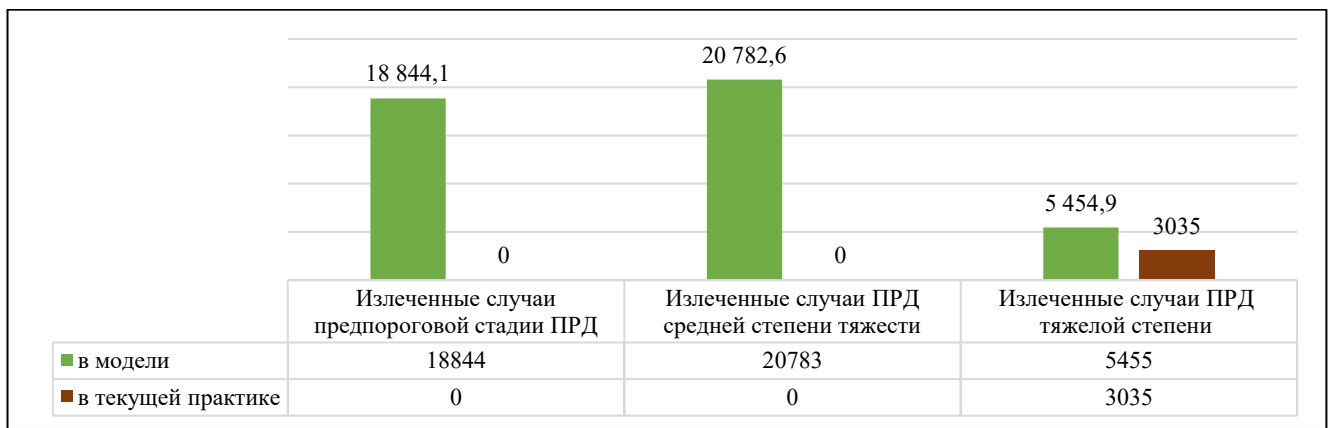


Рисунок 4 — Ожидаемое число излечиваемых случаев послеродовой депрессии и предпороговых симптомов при проведении скрининга и без него

Совокупные прямые расходы на реализацию трёхэтапного скрининга и последующее лечение составили 2,39 млрд руб. в год (Таблица 3). Из них основная часть (2,37 млрд руб., 99,1 %) приходится на лечение выявленных случаев ПРД, включая лёгкие/среднетяжелые (62,5 %), тяжёлые (21,3 %) и предпороговые формы (15,3 %). Собственно проведение скрининга требует относительно небольших затрат — около 22,1 млн руб. в год (0,9 %), или 108,70 руб. на одно обследование.

Таблица 3 — Структура затрат при проведении скрининга на ПРД и без него (модель)

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

Инкрементные показатели «затраты/эффективность» демонстрируют экономическую рациональность перехода к организованному скринингу. Стоимость одного дополнительно выявленного случая ПРД составляет 445,70 руб., одного дополнительно излеченного случая — 49 541,62 руб. Инкрементный показатель «затраты/эффективность» по критерию «число лет сохраненной жизни» (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., что соответствует примерно 36,54 % от принятого для РФ порога готовности платить ($\approx 1,37$ млн руб. за один год качественной жизни). Односторонний анализ чувствительности подтверждает устойчивость выводов: при варьировании ключевых параметров (полезность одного года с ПРД 0,75–0,85; охват ± 10 %) 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. Общий прирост полезности для всей модельной когорты составил 4 204,65 ЧЛКЖ.

Сопоставление с существующей практикой подчёркивает масштаб недовыявления и недолеченности: при действующей системе совокупные расходы ограничиваются главным образом лечением тяжёлых случаев (около 282,5 млн руб.), тогда как лёгкие и средние формы почти не попадают в поле зрения. В предлагаемой модели дополнительные затраты по отношению к существующей практике составляют порядка 2,11 млрд руб. в год, но обеспечивают прирост 49 6467,5 выявленных и 42 046,5 излеченных случаев. Это соотношение свидетельствует о высокой социальной отдаче инвестиций в раннее выявление и лечение ПРД.

Прогнозирование результатов на национальный уровень с учётом отказов от скрининга на каждом этапе показывает, что в этих условиях прогнозируется 381 362 дополнительно выявленных и 324 158 дополнительно излеченных случаев по стране, с приростом полезности порядка 32 417,85 ЛКЖ при совокупных затратах бюджета на скрининг и лечение около 18,4 млрд руб. Данные представлены в Таблице 4.

Таблица 4 — Прогнозирование показателей на национальном уровне

Показатель	Модель	Национальный уровень
Дополнительно выявленные случаи ПРД, абс.	49 467,5	381 394,4
Дополнительно излеченные случаи ПРД, абс.	42 046,5	324 178,5
Прирост ЧЛКЖ (Δ ЧЛКЖ _{общ})	4 204,65	32 417,85
Затраты на скрининг, руб.	22 047 868,60	169 989 066,91
Затраты на лечение, руб.	2 365 535 506,01	18 238 278 751,34
Суммарные затраты, руб.	2 387 583 374,61	18 408 267 818,24
Примечания: ПРД – послеродовая депрессия. ЧЛКЖ – число лет качественной жизни		

По результатам проведенного исследования предложен алгоритм организованного скрининга на ПРД, интегрированный в действующую систему послеродового наблюдения. Он предусматривает информирование женщин о проявлениях ПРД и возможностях получения помощи на этапе выписки из родильного дома или перинатального центра, что позволяет повысить настороженность в отношении симптомов и снизить барьеры обращения за медицинской помощью.

Основной этап скрининга проводится в детской поликлинике во время плановых профилактических осмотров ребёнка в 1, 3 и 9 месяцев жизни. Скрининг может выполняться участковым врачом-педиатром или медицинской сестрой, в том числе с возможностью дистанционного заполнения анкеты. В качестве инструмента используется опросник PHQ-2+1 с пороговым значением ≥ 2 баллов либо положительным ответом на третий вопрос, что расценивается как положительный результат скрининга.

При положительном результате женщина направляется на консультацию к медицинскому психологу для уточнения состояния, оценки выраженности симптомов и определения дальнейшей маршрутизации. При подтверждении диагноза или сохранении подозрения на ПРД пациентке организуется специализированная медицинская помощь; при исключении ПРД она возвращается в группу женщин, подлежащих дальнейшему скринингу в установленные сроки. Выбор точек 1, 3 и 9 месяцев обусловлен их совпадением с обязательными контактами ребёнка с системой здравоохранения, что обеспечивает высокий охват целевой группы и организационную реализуемость модели без существенного увеличения нагрузки на медицинские организации (Рисунок 5).

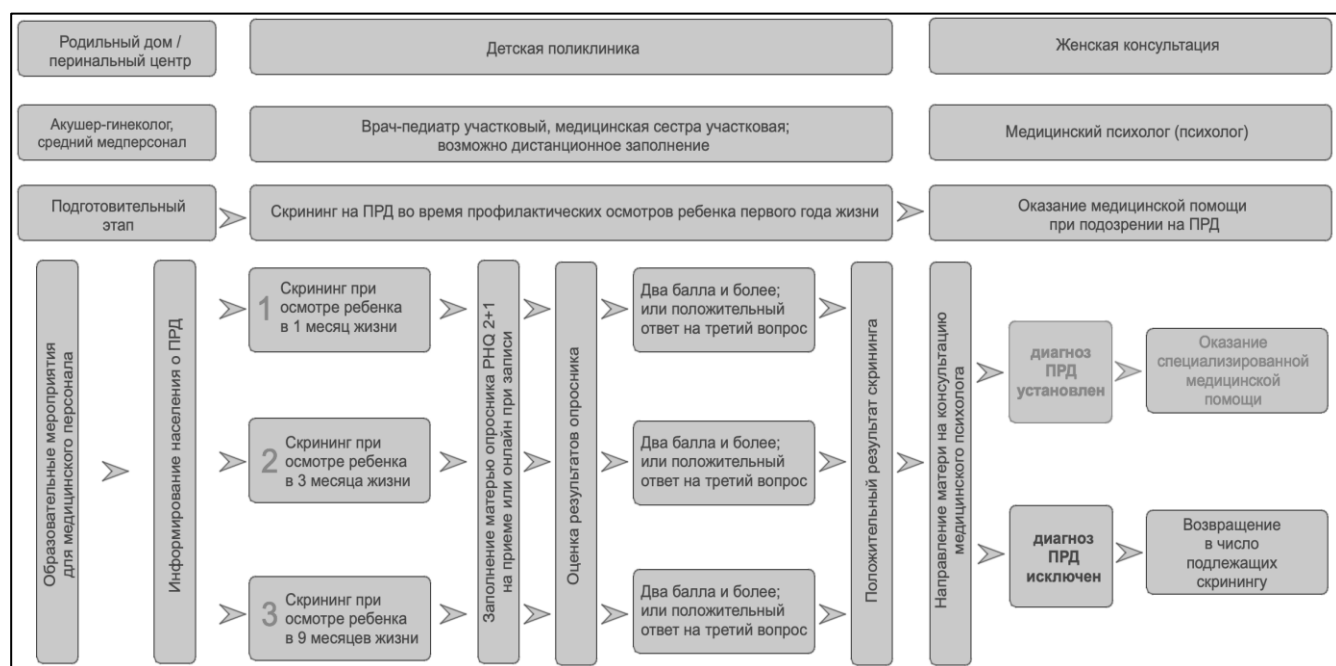


Рисунок 5 – Организационный алгоритм и основные этапы процесса скрининга на ПРД

Реализация предложенного алгоритма скрининга на ПРД требует организационно-методического сопровождения, включающего четыре взаимосвязанных направления: совершенствование нормативных правовых документов и клинических рекомендаций, внедрение статистического учета ПРД, повышение информированности населения, а также совершенствование подготовки врачей и средних медицинских работников. Нормативное направление предусматривает разработку клинических рекомендаций по ПРД, актуализацию порядков оказания медицинской помощи по профилям «акушерство и гинекология», «педиатрия» и «психиатрия», а также утверждение алгоритма скрининга на уровне ПМСП.

Внедрение статистического учета предполагает унификацию подходов к диагностике с использованием опросников EPDS и PHQ-2+1, создание регистра пациенток с ПРД и включение сведений о заболевании в формы статистического наблюдения. Информационное направление включает распространение материалов о симптомах ПРД, способах её выявления и возможностях лечения, что способствует повышению осведомленности женщин и снижению стигматизации. Кадровое направление связано с внедрением обучающих модулей для специалистов, взаимодействующих с матерями детей первого года жизни, а также для клинических психологов и психиатров. Совокупность указанных мероприятий формирует условия для системного внедрения скрининга, единой маршрутизации пациенток с положительным результатом и обеспечения преемственности между акушерско-гинекологической, педиатрической, психологической и психиатрической службами (Рисунок 6).



Рисунок 6 – Комплекс рекомендаций по внедрению скрининга на ПРД

В заключении обобщены итоги проведенного исследования, которые положены в основу выводов и практических рекомендаций.

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 $PHQ-2+1 \geq 2$ 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 распространённости 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 клиничко-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:

- 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 РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Федака, А. А.** Профилактика послеродовой депрессии у первородящих женщин средствами социально-педагогической поддержки / А. А. Федака. – Текст : непосредственный // I Международная научно-практическая конференция молодых исследователей общественного здравоохранения : материалы конференции. – Москва : Издательство Сеченовского университета, 2020. – С. 139–140.

2. **Федака, А. А.** Модель оценки клиничко-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. [Scopus]

3. **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.

4. **Федака, А. А.** Исследование распространённости послеродовой депрессии в Российской Федерации / А. А. Федака. – Текст: непосредственный // 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.

5. **Федака, А. А.** Осведомлённость женщин о ПРД 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.

6. **Федака, А. А.** Осведомлённость о послеродовой депрессии и отношение к скринингу на неё среди медицинских работников / А. А. Федака, М. В. Авксентьева. – Текст: непосредственный // 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.

7. **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. [Scopus]

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения

ВОП — врач общей практики

ПМСП — первичная медико-санитарная помощь

ПРД — послеродовая депрессия

EPDS — англ. Edinburgh Postnatal Depression Scale; Эдинбургская шкала послеродовой депрессии

PHQ-2 — англ. Patient Health Questionnaire-2; опросник здоровья пациента (2 вопроса)

PHQ-9 — англ. Patient Health Questionnaire-9; опросник здоровья пациента (9 вопросов)

PHQ-2+1 — модифицированный вариант PHQ-2 с дополнительным вопросом

Whooley — опросник депрессии (2 вопроса)

SRQ-20 — англ. Self-Reporting Questionnaire-20; опросник самооценки психического здоровья (20 вопросов)

KID-PROТЕКТ — программа раннего выявления психосоциальных проблем у детей и семей

PMHP tool — англ. Perinatal Mental Health Project tool; инструмент скрининга перинатальных психических расстройств

BHV — норв. Barnhålsøvd; детская патронажная служба

e-Screening — электронный скрининг

AUC — англ. Area Under Curve; площадь под ROC-кривой

ROC-анализ — англ. Receiver Operating Characteristic analysis; ROC-анализ диагностической эффективности

PPV — англ. Positive Predictive Value; положительная прогностическая ценность

NPV — англ. Negative Predictive Value; отрицательная прогностическая ценность

ICER — англ. Incremental Cost-Effectiveness Ratio; инкрементный показатель «затраты–эффективность»

ИПЗЭ — инкрементный показатель «затраты–эффективность»

QALY — Quality-Adjusted Life Year; год жизни с поправкой на качество

ЧЛКЖ — число лет качественной жизни

AAPOR — American Association for Public Opinion Research; Американская ассоциация исследователей общественного мнения

ESOMAR — European Society for Opinion and Marketing Research; Европейское общество по изучению общественного мнения и маркетинговым исследованиям

PRISMA — Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses; рекомендации по подготовке систематических обзоров и метаанализов