

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ВЕДУЩЕЕ ВЫСШЕЕ УЧЕБНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

УДК 616.895.4:618.7]-07

ГОЛУБОВИЧ
Виктория Валерьевна

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ

Специальность 14.00.18 - психиатрия

Автореферат
диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

МИНСК 2004

Работа выполнена в государственном высшем учебном учреждении «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии Белорусской медицинской академии последипломного образования, профессор **Евсегнеев Р.А.**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, заведующая кафедрой психиатрии и медицинской психологии Белорусского государственного медицинского университета, профессор **Скугаревская Е.И.**

доктор медицинских наук, заведующая кафедрой медицинской психологии и психотерапии Гродненского государственного медицинского университета, профессор **Королева Е.Г.**

Оппонирующая организация;

Витебский государственный медицинский университет.

Защита состоится 2 июня 2004 года в 15 часов на заседании совета по защите диссертаций Д 03.18.04. в Белорусском государственном медицинском университете (220116, Минск, пр-т Дзержинского, 83. Тел. 272-55-98).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Белорусского государственного медицинского университета.

Автореферат разослан « ____ » _____ 2004 г.

Учёный секретарь

совета по защите диссертаций
кандидат медицинских наук,
доцент

В.Г. Панкратов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации

Общеизвестно, что на протяжении жизни риск развития депрессии среди женщин в 2 раза выше, чем у мужчин. Риск повышается на каждом из этапов репродуктивного

цикла, что проявляется в развитии специфических расстройств – предменструальных, климактерических и послеродовых (Burt V.K., Stein K., 2002; Sagud M. et al., 2002).

Понятие послеродовой (постнатальной, постпартальной) депрессии (ПД) включает в себя неоднородные по нозологии аффективные состояния различной тяжести от кратковременных снижений настроения до тяжелой депрессии с тревогой, страхами, безразличием и враждебностью к ребенку, нарушениями сна. ПД сопровождается нарушением социальной адаптации, снижением качества жизни, появлением суицидального риска. Вероятность инфантицида при ПД составляет примерно 5% (Pitt B., 1968; Kumar R., Robson K.M., 1994).

Частота послеродовой депрессии на протяжении первого послеродового года составляет 15%-50% (O'Hara M.W., 1996; Beck C.T., 2001; Wolf A.W. et al., 2002).

ПД рассматривается как фактор, воздействующий на развитие и здоровье детей. Различные нарушения поведения матери, связанные с депрессией, влекут расстройство системы привязанности у детей 1-го года жизни и имеют отдаленные последствия в виде разнообразных психосоматических и психических расстройств на протяжении всей последующей жизни ребенка. Степень воздействия имеет прямую корреляцию с длительностью и тяжестью депрессивного эпизода у матери (Cooper P.J. et al., 1997; Essex M.J. et al., 2001; Vifulko A. et al., 2002).

Страх социальной стигматизации, препятствующий поиску квалифицированной помощи, и «маски» в виде разнообразных соматических жалоб, эмоциональной неустойчивости, трудностей, связанных с уходом за ребенком, делают послеродовую депрессию трудно выявляемым расстройством (Bagedahl-Strindlund M. et al., 1998).

ПД является важным прогностическим фактором, так как часть рекуррентных депрессий и биполярных аффективных расстройств впервые возникают в послеродовом периоде (Freeman M.P. et al., 2002).

В силу указанных причин основными направлениями

исследования депрессии после родов являются выявление предикторов и валидизация специализированных шкал для последующего применения в целях прогнозирования и ранней диагностики.

В доступной нам литературе отсутствуют исследования ПД в белорусской популяции, нет данных о ее частоте и предикторах, использовании диагностических инструментов скрининга.

В свете вышеизложенного, представляется актуальным комплексное изучение ПД и анализ существующих диагностических инструментов скрининга.

Связь работы с крупными научными программами, темами

Работа выполнена по основному плану НИР кафедры психиатрии БелМАПО «Распространенность, факторы риска, патогенез и анализ эффективности профилактики и лечения социально значимых психических расстройств» № 20031349, сроки исполнения 1.03.2003 – 30.12.2005.

Цель исследования: определение распространенности ПД и выявление ее предикторов в популяции женщин, имеющих детей первого года жизни, с перспективой прогнозирования и профилактики.

Задачи исследования:

1. Определить частоту и структуру тяжести ПД в исследуемой выборке.

2. Выявить основную группу предикторов ПД, связанных с особенностями социально-демографических и психиатрических характеристик.

3. Сформировать группы дополнительных и опосредованных предикторов для расширения возможностей прогностической модели.

4. Установить взаимосвязи ПД с педиатрическими аспектами.

5. Апробировать, валидизировать и оценить показатели эффективности Эдинбургской шкалы постнатальной депрессии и скрининг-шкалы постпартальной депрессии.

6. Разработать практические рекомендации по использованию результатов исследования в оценке риска развития и процедуре скрининга ПД в условиях общей медицинской практики.

Объект исследования: феномен развития депрессии у женщин на первом году после родов.

Предмет исследования: факторы риска развития ПД и диагностические инструменты скрининга.

Гипотеза: популяции женщин с ПД и без ПД являются неоднородными по социально-демографическим, акушерским, педиатрическим и психиатрическим характеристикам. Факторы, которые имеют достоверные групповые различия и определенный тип связи с ПД, могут быть обозначены предикторами ПД. Знание предикторов и использование специальных диагностических шкал в общей медицинской практике могут способствовать прогнозированию и раннему выявлению ПД.

Методология и методы проведенного исследования

Исследование основывалось на методологических подходах:

- ПД – результат комплексного воздействия группы факторов, формирующих многомерную этиологическую модель;
- выявление предикторов ПД – основа профилактики социальных и экономических последствий данного расстройства;
- прогнозирование взаимосвязи отдельных факторов в генеральной совокупности на материале выборочной совокупности при достижении уровня вероятности больше, чем 95%.

В работе были использованы следующие методы и шкалы:

Клинико-психопатологическое обследование.

Оценка социально-экономического статуса, индивидуального и семейного анамнеза – лист опроса, составленный из всех известных предикторов ПД путем анализа источников литературы.

Оценка психического статуса:

- Эдинбургская шкала постнатальной депрессии (Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R., 1987).
- Скрининг-шкала постпартальной депрессии (C.T. Beck, R.K. Gable, 2000).
- диагностические критерии депрессии по МКБ-10.

Методики статистического анализа:

- проверка распределения признаков в выборочной совокупности – тест Колмогорова–Смирнова;
- проверка гипотезы о различиях в группах сравнения – непараметрический U-тест Манна – Уитни;
- дисперсионный анализ;
- факторный анализ;
- корреляционный анализ;
- выявление относительной важности предикторов – квадрат частного коэффициента корреляции (R^2);
- оценка относительного риска (RR) по методу Mantel-Haensel для групповых исследований;
- определение оптимального значения точек разделения диагностических шкал – метод построения ROC-кривых;
- моделирование оценки риска и эффективности использования диагностических шкал – пошаговый логистический регрессионный анализ.

Научная новизна и значимость полученных результатов

Впервые феномен ПД исследован на материале белорусской популяции. Впервые получен показатель частоты ПД путем исследования популяции женщин на первом году после родов. Впервые выявлена группа факторов риска развития ПД и произведено моделирование оценки риска. Впервые были переведены, апробированы и валидизированы для белорусской популяции – Эдинбургская шкала постнатальной депрессии и скрининг-шкала постпартальной депрессии.

Таким образом, обосновано и обеспечено дальнейшее развитие стратегий прогнозирования, раннего выявления и профилактики ПД как после родов, так и во время беременности.

Практическая значимость полученных результатов

Полученные результаты позволяют значительно повысить уровень прогнозирования, ранней диагностики и профилактики ПД, что ведет к уменьшению периода страдания матери и минимизирует степень негативного воздействия на ребенка. Результаты исследования внедрены в лечебно-диагностическую деятельность ЛПУ «Городской психоневрологический диспансер», Республиканской клинической психиатрической больницы, ЛПУ «1-ая детская поликлиника», ЛПУ «2-ая детская поликлиника»,

использованы в подготовке инструкции по применению «Оценка риска и использование специализированных шкал скрининг-диагностики послеродовой депрессии».

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. В выборке из белорусской популяции частота ПД на протяжении первого года после родов составила 41,5% (99,9% доверительный интервал: 35,3% - 47,7%), распространенность среднетяжелых эпизодов - 16,6% (99,9% доверительный интервал: 11,9% - 21,3%), что соответствует результатам эпидемиологических исследований, проведенных за рубежом.

2. В комплексе факторов риска развития ПД основная роль принадлежит психосоциальным предикторам, таким как: сниженная самооценка, высокий уровень жизненного стресса, тревога в период беременности, низкий уровень образования, депрессия в период беременности, стресс, связанный с уходом за ребенком, депрессии в семейном и личном анамнезе.

3. Применение программы скрининга с оценкой риска и использованием специализированных диагностических шкал позволяет распознавать до 95% случаев ПД, что позволяет рекомендовать ее для использования в общей медицинской практике.

Личный вклад соискателя

Автором обследована сплошным методом 241 женщина, имеющая детей первого года жизни. В соответствии с задачами были сформированы 2 группы: основная - 100 женщин с ПД на момент обследования, группа сравнения - 141 женщина без признаков ПД на момент обследования.

В ходе исследования получены данные о различиях групп по социально-демографическим, акушерским, педиатрическим, психолого-психиатрическим факторам и характере их связи с ПД; валидизированы для белорусской популяции диагностические инструменты скрининга ПД, установлены показатели их эффективности. Полученные данные обработаны методами дисперсионного, факторного, корреляционного и регрессионного анализа.

Апробация результатов диссертации

Основные положения и результаты исследования изложены

в следующих докладах:

«Педиатрические аспекты материнской послеродовой депрессии» - на конференции врачей лечебно-профилактического учреждения «1-ая детская поликлиника» (Минск, 2002);

«Результаты клинико-эпидемиологического исследования послеродовой депрессии» - на конференции врачей Республиканской клинической психиатрической больницы (Минск, 2003);

«Клинико-эпидемиологическое исследование послеродовой депрессии» - научно-практическая сессия БГМУ (Минск, 2004).

Опубликованность результатов

По теме диссертации опубликовано 9 работ (в т.ч. в рецензируемых журналах 5, статьи в сборниках трудов и материалах конференций - 1, тезисы - 1, инструкция по применению - 1, буклет для матерей «Депрессия после родов?» - 1). Общее количество страниц опубликованных материалов - 34.

Структура и объем диссертации

Диссертация состоит из введения, общей характеристики работы, 5 глав основной части, заключения, что занимает 100 страниц, списка использованной литературы, 4 приложений. Приведено 16 таблиц и 11 рисунков. Список использованных источников включает 185 наименований, в том числе 39 на русском и 146 английском языке. Среди них 9 работ, написанных автором.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

На первом этапе исследования с целью уточнения распространенности ПД была обследована 241 женщина, имеющая детей первого года жизни. Исследование проводилось на базе 1-ой и 2-ой детских поликлиник г. Минска. В качестве рабочего инструмента для установления факторов риска развития ПД использовался лист опроса, составленный автором на основании анализа доступных в литературе исследований, изучающий социально-демографические, акушерские, педиатрические, психиатрические предикторы. Оценка психического состояния проводилась с использованием *Эдинбургской шкалы*

постнатальной депрессии (ЭШПД); скрининг-шкалы
 постпартальной депрессии (СШПД); диагностических
 критериев депрессии по МКБ-10.

В результате из 241 обследованной женщины ПД была обнаружена у 100, что составило 41,5% (99,9% доверительный интервал: 35,3% - 47,7%).

Анализ распределения по месяцам послеродового периода установил, что наибольшее число ПД приходится на первые 4 месяца после родов. К концу года депрессивная симптоматика имеет место у 6% женщин.

Анализ структуры тяжести выявил, что 60% всех ПД представляли легкий депрессивный эпизод, 37% - средний и 3% отвечали критериям тяжелого депрессивного эпизода (рис.1).

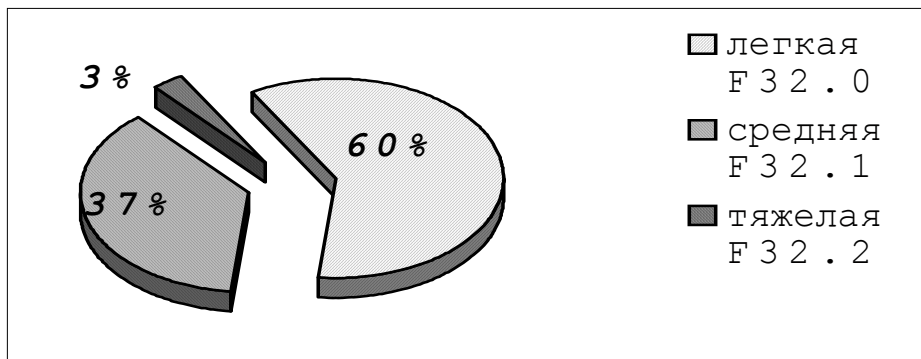


Рис.1. Структура тяжести ПД

Все формы тяжести были равномерно распределены на протяжении года. Распространенность средних и тяжелых форм составила 16,6% (99,9% доверительный интервал: 11,9% - 21,3%).

Из обследованного контингента было сформировано 2 группы: основная (N=100) - женщины с ПД на момент обследования и сравнения (N=141) - женщины без признаков ПД на момент обследования.

Общая характеристика групп

Группы были однородны по возрасту (средний возраст основной группы составил $26,9 \pm 5$; группы сравнения - $26,3 \pm 5$), срокам послеродового периода (средний срок в основной группе - $5,2 \pm 3$; в группе сравнения - $5,7 \pm 3$), количеству детей (среднее число детей в основной группе - $1,3 \pm 0,5$; в группе сравнения - $1,25 \pm 0,5$).

Анализ факторов риска

Для выявления факторов риска (предикторов) были рассмотрены 4 группы признаков: **социально-демографические** (возраст, образование, семейное положение, взаимоотношения с партнером и родителями, трудоустройство, социальное положение, уровень социальной поддержки); **акушерские и гинекологические** (не планированная беременность, токсикозы, № беременности и родов, тип родов, срок родов, срок после родов, осложнения); **педиатрические** (пол ребенка, характер вскармливания, здоровье, ночной сон, стресс, связанный с уходом за ребенком); **психологические и психиатрические** (уровень жизненного стресса, самооценка после родов, тревога и депрессивные симптомы в период беременности, предменструальный синдром, депрессии в личном и семейном анамнезах).

Межгрупповые различия

Из 36 признаков, представленных к исследованию, достоверные различия были получены по 16 пунктам.

Социально - демографические характеристики. В основной группе достоверно большая доля женщин имела низкий уровень образования ($p < 0,05$), неудовлетворительные отношения с партнером ($p < 0,05$) и родителями ($p < 0,05$), низкое социальное положение ($p < 0,01$).

Акушерские факторы. В основной группе было достоверно ($p < 0,05$) выше среднее число беременностей и в структуре токсикозов достоверно ($p < 0,05$) преобладали поздние гестозы.

Педиатрические аспекты. У детей в основной группе достоверно чаще имели место ОРВИ в 2,2 раза ($p < 0,05$), нарушения ночного сна - в 2,6 раза. Доля детей до 3-х месяцев, находящихся на грудном вскармливании, была достоверно ($p < 0,05$) меньше, чем в группе сравнения. Достоверно ($p < 0,001$) чаще в 1,86 женщины основной группы испытывали стресс, связанный с уходом за ребенком.

Психологические особенности и психиатрический анамнез. Женщины основной группы достоверно ($p < 0,001$) чаще отмечали: высокий уровень жизненного стресса в 5,2 раза; сниженную самооценку после родов в 5,6 раза; тревогу и депрессивные симптомы в период беременности в

1,4 раза; предменструальный синдром в 1,5 раза; депрессии в личном анамнезе в 2,2 раза; депрессии в семейном анамнезе в 2,8 раза.

Найденные отличия позволили выдвинуть гипотезу о наличии связи между выделенными признаками и ПД. Для подтверждения выдвинутой гипотезы был проведен корреляционный анализ.

Корреляционный анализ

Анализ корреляционной матрицы установил, что из 16 выделенных признаков только 14 факторов имеют достоверные положительные связи с ПД.

Слабую корреляцию имеют факторы: неудовлетворительные отношения с партнером ($r=0,128$, $p<0,05$) и родителями ($r=0,128$, $p<0,05$), проблемы со здоровьем у ребенка ($r=0,138$, $p<0,05$), низкий уровень образования ($r=0,142$, $p<0,05$), предменструальный синдром в анамнезе ($r=0,2$, $p<0,01$), сниженная самооценка ($r=0,238$, $p<0,001$), низкое социальное положение ($r=0,253$, $p<0,001$).

Средняя (умеренная) связь существует у факторов: плохой ночной сон ребенка ($r=0,326$, $p<0,001$), стресс, связанный с уходом за ребенком ($r=0,342$, $p<0,001$), депрессивными симптомами ($r=0,403$, $p<0,001$) и тревогой в период беременности ($r=0,443$, $p<0,001$), высокий уровень жизненного стресса ($r=0,427$, $p<0,001$), депрессии в личном ($r=0,407$, $p<0,001$) или семейном анамнезах ($r=0,43$, $p<0,01$).

Все коэффициенты корреляции достоверны и положительны, что свидетельствует о прямом характере связи - наличие любого из 14 факторов связано с ПД.

Два фактора «среднее число беременностей» и «токсикозы» были исключены из дальнейшего анализа. Данные признаки не обнаружили достоверной корреляции с ПД, но имели достоверные связи с другими признаками. Фактор «среднее число беременностей» больше всего ассоциировался со средним числом родов ($r=0,712$, $p<0,01$), а фактор «токсикозы» был связан с тревогой в период беременности ($r=0,138$, $p<0,05$), достоверно коррелирующей с ПД.

Факторы «плохой ночной сон ребенка» и «проблемы со

здоровьем у ребенка» имеют двойственную природу, являясь в большей степени последствиями ПД, в силу чего данные факторы могут быть обозначены факторами-маркерами ПД.

Для более полного представления о связи исследуемых факторов с ПД были рассчитаны показатели относительного риска (RR), демонстрирующие во сколько раз вероятность развития расстройства выше у лиц, подвергавшихся воздействию определенного фактора риска, чем у не подвергавшихся. Показатель относительного риска выступает в качестве меры влияния фактора на развитие расстройства (табл.1).

Таблица 1

Показатели относительного риска

Фактор	RR	95% доверительный интервал	
		Нижняя граница	Верхняя граница
Высокий уровень жизненного стресса	9,56	3,52	25,93
Сниженная самооценка	7,45	3,1	17,88
Депрессия в семейном анамнезе	6,45	3,65	11,36
Депрессия в личном анамнезе	5,94	3,35	10,57
Низкое социальное положение	5,18	1,83	14,66
Стресс, связанный с уходом за ребенком	4,42	2,52	7,77
Тревога в период беременности	4,31	2,11	8,82
Плохой сон ребенка	4,22	2,38	7,5
Депрессивные симптомы в период беременности	3,56	1,9	6,7
Неудовлетворительные отношения с родителями	2,39	0,99	5,76
Неудовлетворительные отношения с партнером	2,39	0,99	5,76
Низкий уровень образования	2,31	1,08	4,93
Предменструальный синдром в анамнезе	2,28	1,35	3,84
Проблемы со здоровьем у ребенка	2,01	1,06	3,82

Таким образом, 14 признаков, имеющих достоверные групповые отличия, корреляции и показатели относительного риска, можно обозначить факторами риска (предикторами) развития ПД.

Моделирование оценки риска

При анализе корреляционной матрицы было установлено, что рассматриваемые факторы обладают мультиколлинеарностью, т.е. образуют связи между собой. Из-за указанной особенности линейный коэффициент корреляции не отражал истинную силу связи между признаками. Поэтому была проведена оценка относительной важности предикторов по квадрату частного коэффициента корреляции (R^2) и произведено моделирование оценки риска путем пошаговой бинарной логистической регрессии (табл.2).

Таблица 2

Модель оценки риска

№ группы	фактор	R^2
1-я группа	<i>сниженная самооценка</i>	0,0279
	<i>высокий уровень жизненного стресса</i>	0,0216
	<i>тревога в период беременности</i>	0,0198
	<i>плохой ночной сон ребенка</i>	0,0102
	<i>низкий уровень образования</i>	0,0102
	<i>депрессия в период беременности</i>	0,0096
	<i>стресс, связанный с уходом за ребенком</i>	0,0094
	<i>депрессии в семейном анамнезе</i>	0,0060
	<i>депрессии в личном анамнезе</i>	0,0046
2-я группа	<i>низкое социальное положение</i>	0,0053
	<i>неудовлетворительные отношения с родителями</i>	0,0020
	<i>предменструальный синдром в анамнезе</i>	0,0014
3-я группа	<i>неудовлетворительные отношения с партнером</i>	0,0012
	<i>проблемы со здоровьем у ребенка</i>	0,0004

1-ую группу составили максимально значимые факторы,

указывающие на высокий риск послеродовой депрессии. **Прогностическая точность модели**, включающей данные 9 факторов, составляет **81,3%** (правильно распознаются 81,3% состояний: 74% депрессивных и 86,5% здоровых).

2-ую группу сформировали дополнительные факторы. Учет этих факторов повышает общую **прогностическую точность полученной модели** до **82,6%** (правильно распознаются 82,6% состояний: 76% депрессивных и 87,3% здоровых).

3-ю группу представляют опосредованные факторы, присутствие которых может косвенно указывать на наличие более значимых предикторов ПД.

Анализ диагностических инструментов скрининга

При валидации диагностических шкал в качестве «золотого стандарта» были использованы диагностические критерии депрессии по МКБ-10, в соответствии с которыми производилась окончательная оценка состояния женщин.

Установление точек разделения

Для определения точек разделения (*cut-off*) исследуемых шкал был выбран метод ROC-кривых (*receiver operation characteristic curve*), которые были построены по результатам тестирования (рис.2, рис.3).

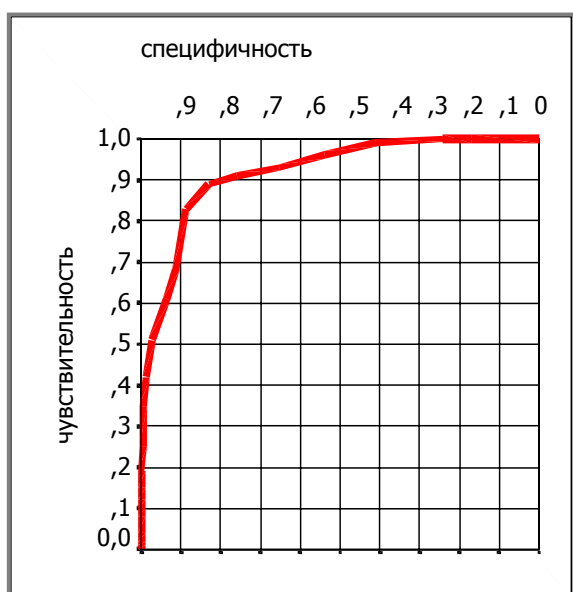


Рис. 2 . ROC-кривая Эдинбургской шкалы



Рис. 3 . ROC-кривая скрининг-шкалы

Согласно полученным координатам, точка

разделения (cut-off) для ЭШПД составила 8-9 баллов, для СШПД – 65 баллов. Показатели эффективности (чувствительность, специфичность, прогностическая ценность, размеры поля под ROC-кривой) у обеих шкал оказались высокими (табл.3).

Таблица 3

Показатели эффективности диагностических шкал

Шкала	Поле под кривой	Чув-ть, %	Спец-ть, %	Прогност. ценность (+) рез-та, %	Прогност. ценность (-) рез-та, %
ЭШПД	0,919	86	85,4	81,4	80,5
СШПД	0,978	94	93,6	99,1	99,3

Анализ средних оценок и корреляций шкал

Согласно результатам дисперсионного анализа и уровню значимости ($p < 0,001$) полученных показателей, по каждой из шкал имеют место достоверные статистически значимые различия в средних значениях, что отклоняет нулевую гипотезу о равенстве средних оценок шкал в группах и подтверждает эффективность выявления ПД (рис.4).

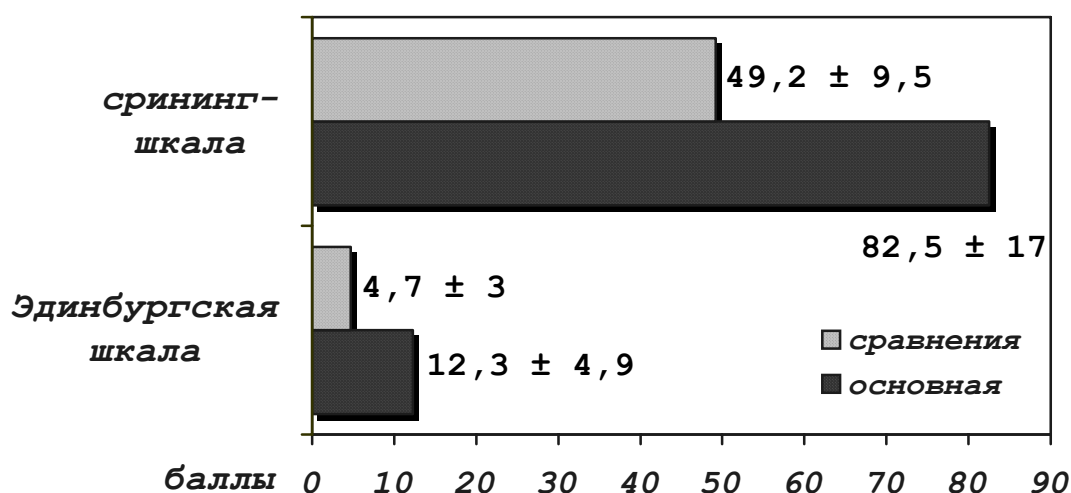


Рис.4. Достоверные ($p < 0,001$) различия средних шкальных оценок.

В силу того, что СШПД является категориальной шкалой (имеет 7 категорий по 5 вопросов), был проведен анализ средних оценок каждой из категорий СШПД, который подтвердил конгруэнтность каждого из пяти ответов типу категории (рис.5).

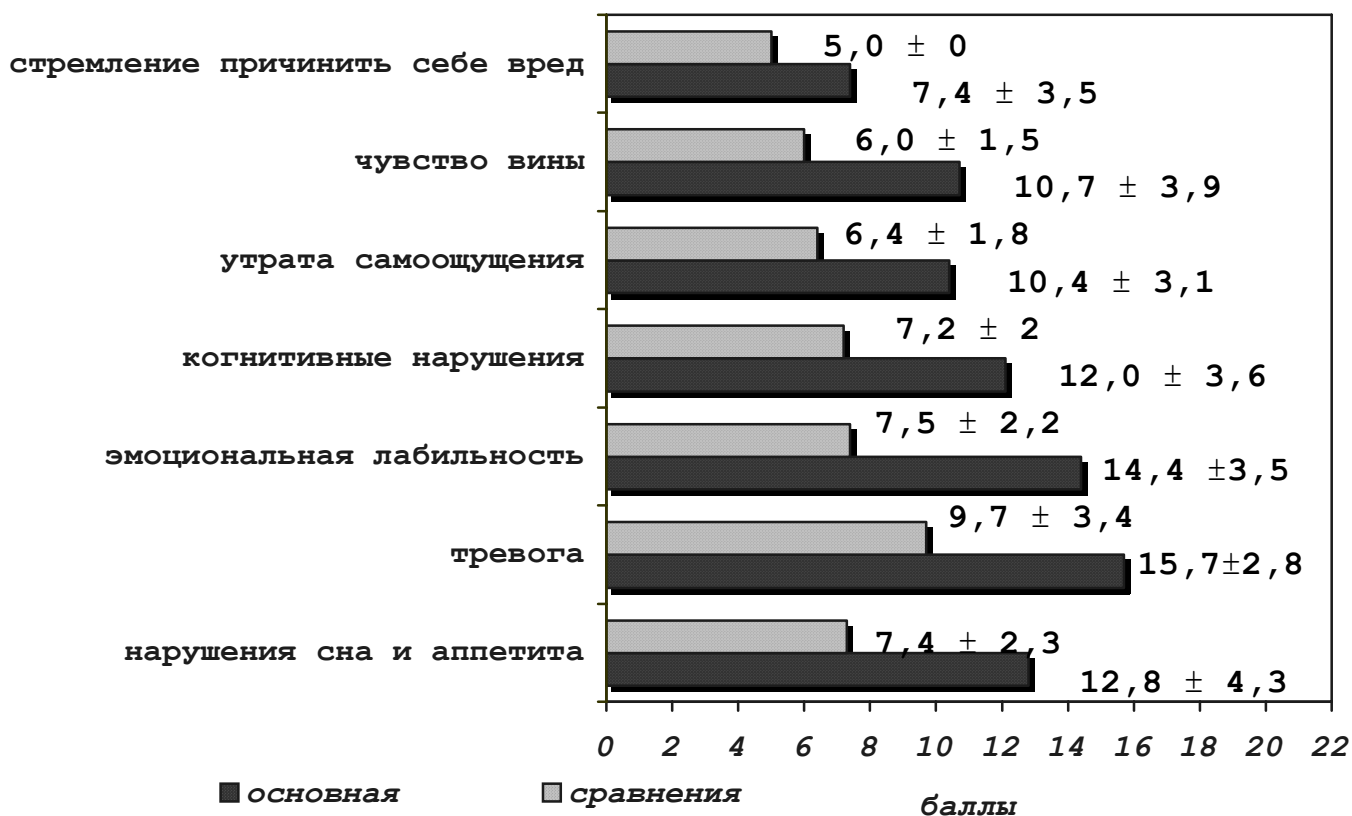


Рис. 5. Достоверные ($p < 0,001$) различия средних шкальных оценок по категориям скрининг-шкалы постпартальной депрессии.

Корреляционный анализ шкал

Анализ корреляционной матрицы установил наличие сильных связей между показателями диагностических шкал и ПД, а также между самими диагностическими инструментами (рис. 6).



Рис. 6. Коэффициенты корреляции шкал с ПД ($p < 0,001$)

Сильная корреляция ($r=0,723$, $p<0,001$) между ЭШПД и СШПД свидетельствует об исследовании одинаковых проявлений послеродовой депрессии.

Моделирование эффективности использования шкал

В результате проведения пошагового регрессионного анализа было произведено моделирование *параллельного применения* диагностических инструментов. В результате общая прогностическая точность модели параллельного использования шкал составила 95%, в то время как прогностическая точность модели с использованием только ЭШПД была 85,5%, а СШПД 93,8%.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие

выводы:

1. Частота послеродовой депрессии в исследованной выборке женщин, имеющих детей первого года жизни, составила 41,5% (99,9% доверительный интервал: 35,3% – 47,7%), распространенность средних и тяжелых депрессивных эпизодов – 16,6% (99,9% доверительный интервал: 11,9% – 21,3%) [2, 5, 6].

2. Основными предикторами развития послеродовой депрессии в порядке убывания значимости являются: сниженная самооценка после родов, высокий уровень жизненного стресса, тревога в период беременности, нарушения ночного сна у ребенка, низкий уровень образования, депрессивные симптомы в период беременности, стресс, связанный с уходом за ребенком, депрессии в личном и/или семейном анамнезе [2, 5, 6, 9].

3. Учет дополнительных предикторов (низкое социальное положение, неудовлетворительные отношения с родителями, предменструальный синдром в анамнезе) и опосредованных факторов (неудовлетворительные отношения с партнером и проблемы со здоровьем у ребенка) в оценке риска развития послеродовой депрессии расширяет возможности прогностической модели [2, 5, 6, 9].

4. Установлена взаимосвязь между послеродовой депрессией и педиатрическими аспектами: тенденцией к ограничению и отказу от грудного вскармливания в первые 3 месяца жизни ребенка ($p < 0,05$), проблемами со здоровьем у ребенка ($r = 0,138$, $p < 0,05$), нарушениями ночного сна ($r = 0,326$, $p < 0,001$), которые обозначены факторами – маркерами послеродовой депрессии [2, 3, 5, 6, 9].

5. Апробирование диагностических инструментов – Эдинбургской шкалы постнатальной депрессии и скрининг-шкалы постпартальной депрессии установило их высокую эффективность в выявлении послеродовой депрессии. Точками разделения для ЭШПД явились 8–9 баллов (чувствительность 86%, специфичность 85,4%), для СШПД – 65 баллов (чувствительность 94%, специфичность 93,6%) [7, 9].

6. Результаты исследования – данные о предикторах, их иерархической структуре и диагностических инструментах целесообразно использовать в качестве программы скрининга для оценки риска, прогнозирования и ранней диагностики послеродовой депрессии в период беременности и в первые месяцы после родов в условиях общей медицинской практики [7, 9].

Список опубликованных работ:

1. Голубович В.В. Использование Эдинбургской шкалы для диагностики послеродовой депрессии в общей медицинской практике // Основные аспекты развития амбулаторно-поликлинической помощи: Материалы городской науч.- практ. конф., Минск, 2002 г./ Минский городск. исполнит. Комитет. - Минск, 2002. -С.80-81.
2. Голубович В.В. Клинико-эпидемиологическое исследование послеродовой депрессии.// Медицинская панорама.-2003.- Вып. 34, - № 9. -С.37-40.
3. Голубович В.В. Педиатрические аспекты материнской послеродовой депрессии. // Медицинская панорама.-2003. - № 1. -С.47-48.
4. Голубович В.В. Послеродовая депрессия как актуальная медицинская проблема.// Медицина.-2003.- Вып. 43, - №4. - С.44-46.
5. Голубович В.В. Предикторы послеродовой депрессии //Аффективные и шизоаффективные расстройства: Материалы Российской конференции психиатров - Москва, 1-3 окт. 2003. / Московский НИИ психиатрии. - Москва, 2003.- С.40.
6. Голубович В.В. Предикторы послеродовой депрессии.// Медицина.-2004. - Вып. 44, - № 1. -С.41-43.
7. Голубович В.В. Сравнительный анализ диагностических шкал для диагностики послеродовой депрессии.// Медицинские новости.-2004. -№1. -С.89-91.
8. «Депрессия после родов?»: буклет для беременных и матерей / НИС БелНИИДАД; Сост. В.В. Голубович. - Минск, 2003. -2с.
9. Оценка риска и использование специализированных шкал скрининг-диагностики послеродовой депрессии: инструкция по применению / М-во здравоохранения РБ, [Бел МАПО; Сост. В.В. Голубович]. - Минск, 2004. - 14с.

РЭЗЮМЭ**Галубовіч Вікторыя Валер'еўна****Клініка - эпідэміялагічнае даследванне пасляродавай дэпрэсіі**

Ключавыя словы: пасляродавая дэпрэсія, частата, фактар рызікі, дыягнастычныя шкалы.

Мэта і задачы: выявіць частату і фактары рызікі пасляродавай дэпрэсіі, валідзізіраваць дыягнастычныя шкалы, распрацаваць праграму па прагназіраванні і ранняму выяўленні пасляродавай дэпрэсіі ва ўмовах агульнай медыцынскай практыкі.

Матэрыял і метады: абследавана 241 жанчына, якая мае дзіце першага года жыцця. Асноўная група (N = 100) - жанчыны з пасляродавай дэпрэсіей, група параўнання (N = 141) - жанчыны без пасляродавай дэпрэсіі на момант абследавання. Інструменты: Эдзінбургская шкала постнатальнай дэпрэсіі (J.L.Cox, J.M.Holden, R.Sagovsky, 1987); скрынінг - шкала постпартальнай дэпрэсіі (C.T. Beck, R.K.Gable, 2000); дыягнастычныя крытэры дэпрэсіі па МКБ - 10.

Вынікі: Частата пасляродавай дэпрэсіі ў даследаванай выбарцы складала 41, 5 %. Распаўсюджанасць сярэдніх і цяжкіх дэпрэсіўных эпیزодаў - 16, 6 %. Фактары рызікі: зніжаная самаацэнка, высокі ўзровень жыццёвага стрэсу, трывога ў перыяд цяжарнасці, дрэнны начны сон дзіцяці, нізкі ўзровень адукацыі, дэпрэсія ў перыяд цяжарнасці, стрэс, звязаны з даглядам за дзіцём, дэпрэсіі ў сямейным анамнезе, дэпрэсіі ў асабістым анамнезе, нізкае сацыяльнае становішча, недавальняючыя адносіны з бацькамі, МПС, недавальняючыя адносіны з партнёрам, праблемы са здароўем у дзіцяці. Кропкамі раздзялення для Эдзінбургскай шкалы постнатальнай дэпрэсіі былі 8 - 9 балаў (значнасць - 86 %, спецыфічнасць - 85, 4 %), для скрынінг - шкалы постпартальнай дэпрэсіі - 65 балаў (значнасць - 94 %, спецыфічнасць - 93, 6 %). **Выснова:** Вынікі мэтазгодна выкарыстоўваць у якасці праграмы скрынінга ў мэтах ранняй дыягностыкі пасляродавай дэпрэсіі ва ўмовах агульнай медыцынскай практыкі.

РЕЗЮМЕ**Голубович Виктория Валерьевна****Клинико-эпидемиологическое исследование
послеродовой депрессии**

Ключевые слова: послеродовая депрессия, частота, фактор риска, диагностические шкалы.

Цель и задачи: выявить частоту и факторы риска послеродовой депрессии, валидизировать диагностические шкалы, разработать программу по прогнозированию и раннему выявлению послеродовой депрессии в условиях общей медицинской практики.

Материал и методы: Обследована 241 женщина, имеющая ребенка первого года жизни. Основная группа (N=100) – женщины с послеродовой депрессией, группа сравнения (N=141) – женщины без послеродовой депрессии на момент обследования. Инструменты: Эдинбургская шкала постнатальной депрессии (J.L.Cox, J.M.Holden, R.Sagovsky, 1987); скрининг-шкала постпартальной депрессии (C.T.Beck, R.K.Gable, 2000); диагностические критерии депрессии по МКБ-10.

Результаты. Частота послеродовой депрессии в исследованной выборке составила 41,5%. Распространенность средних и тяжелых депрессивных эпизодов – 16,6%. Факторы риска: сниженная самооценка, высокий уровень жизненного стресса, тревога в период беременности, плохой ночной сон ребенка, низкий уровень образования, депрессия в период беременности, стресс, связанный с уходом за ребенком, депрессии в семейном анамнезе, депрессии в личном анамнезе, низкое социальное положение, неудовлетворительные отношения с родителями, предменструальный синдром, неудовлетворительные отношения с партнером, проблемы со здоровьем у ребенка. Точками разделения для Эдинбургской шкалы постнатальной депрессии явились 8–9 баллов (чувствительность 86%, специфичность 85,4%), для скрининг-шкалы постпартальной депрессии – 65 баллов (чувствительность 94%, специфичность 93,6%).

Вывод: Результаты целесообразно использовать в качестве программы скрининга в целях прогнозирования и ранней диагностики послеродовой депрессии в условиях общей медицинской практики.

SUMMARY**Golubovich Victoria Valer'evna**
Clinical and epidemiological study of
postnatal depression

Key words: postnatal depression, frequency, risk factor, diagnostic scales.

Objective of the study: to reveal frequency and risk factors of postnatal depression, to validate diagnostic scales, to develop the program for predicting and early diagnostics of postnatal depression in the general medical practice.

Material and methods: 241 woman having one child of the first year of life have been examined. Women with postnatal depression (N=100) were included in the main group, women without postnatal depression (N=141) at the moment of examination composed the group of comparison. Instruments: the Edinburgh Postnatal Depression Scale (J.L.Cox, J.M.Holden, R.Sagovsky, 1987); Postpartum Depression Screening Scale (C.T. Beck, R.K. Gable, 2000); diagnostic criteria of depression from ICD-10.

Results: In the investigated sample the frequency of postnatal depression made up 41,5 %. The prevalence of moderate and severe depressive episodes was 16,6%. Risk factors: reduced self esteem, high level of life stress, prenatal anxiety, bad night dream of the child, low educational level, prenatal depression, childcare stress, family history of depression, personal history of depression, low social status, unsatisfactory relations with parents, PMS, unsatisfactory relations with the partner, child health problems. The Edinburgh Postnatal Depression Scale cut-off score of 8-9 points (sensitivity of 86%, specificity of 85,4%) and the Postpartum Depression Screening Scale cut-off score of 65 points (sensitivity of 94%, specificity of 93,6%) are recommended.

Conclusion: Results are expedient for using as the screening program aimed at early diagnostics of postnatal depression in the general medical practice.