

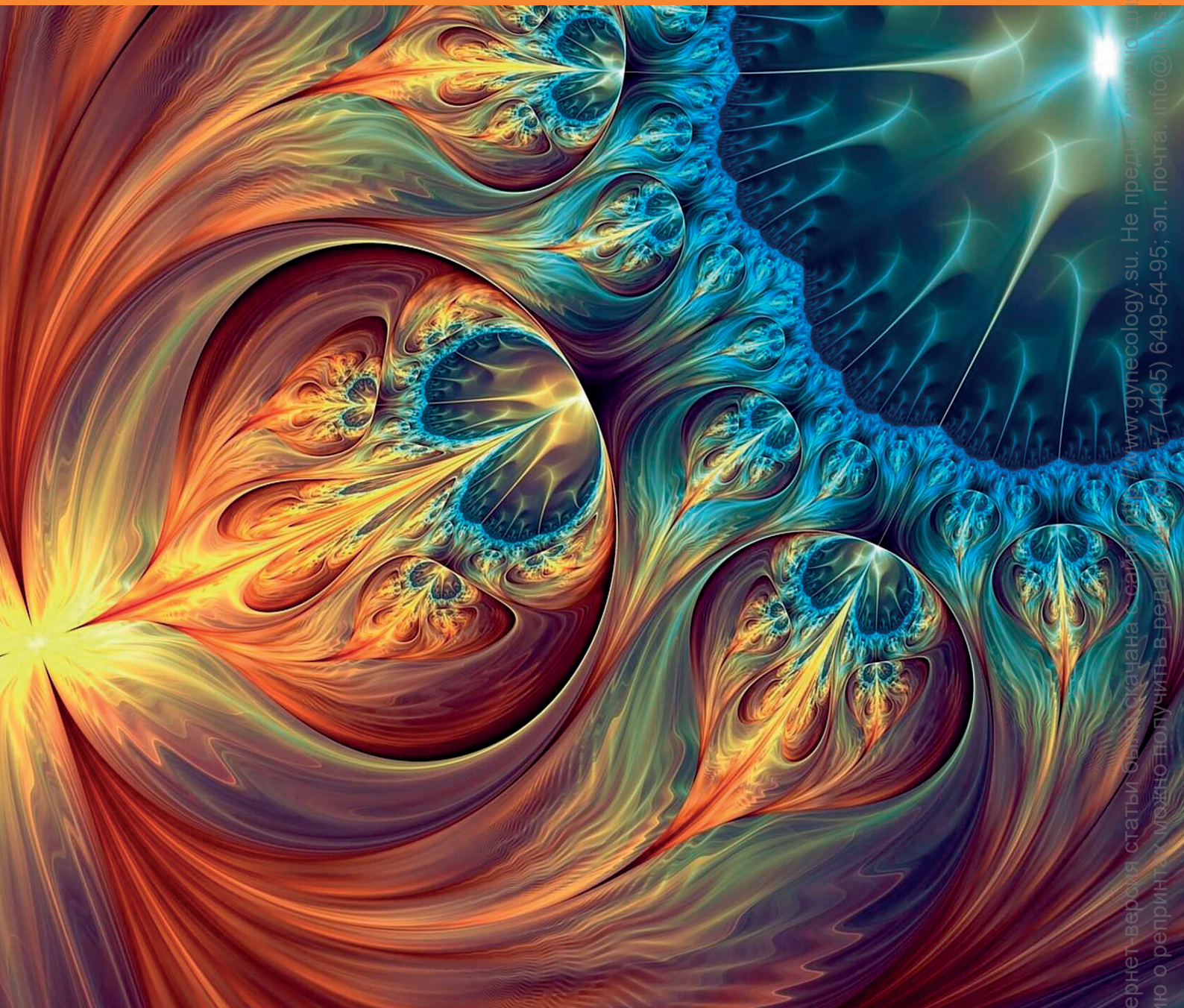
ISSN 2313-7347 (print)

ISSN 2500-3194 (online)

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2023 • том 17 • № 6



OBSTETRICS, GYNECOLOGY AND REPRODUCTION

2023 Vol. 17 No 6

<https://gynecology.su>

Данный интернет-версия статьи была скачана с сайта www.gynecology.su. Не рекомендуется использовать для цитирования в коммерческих целях. Информацию о репринтах можно получить в редакцию по телефону +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@info.su.



Психологический статус женщин с невынашиванием беременности

И.А. Салов, Ю.В. Наумова, А.В. Паршин, М.В. Ломовицкая

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 410012 Саратов, ул. Большая Казачья, д. 112

Для контактов: Юлия Владимировна Наумова, e-mail: jvnaumova@list.ru

Резюме

Введение. Беременность является уязвимым периодом для развития у женщины симптомов депрессии и тревожности, которые в свою очередь ассоциированы с повышенным риском перинатальных осложнений, послеродовой депрессии и поведенческих проблем у детей.

Цель: оценить распространенность симптомов депрессии и тревожности у беременных в I триместре с угрожающим абортом (УА), неразвивающейся беременностью (НБ) и у женщин с физиологическим течением беременности (ФБ); выявить основные предикторы психоэмоциональных нарушений у беременных.

Материалы и методы. Сформированы 3 группы беременных: 62 пациентки с УА, 60 пациенток с НБ и 57 женщин с ФБ. У всех участниц исследования собран клинический анамнез и проведено физикальное обследование, все беременные заполнили шкалу оценки тревоги Гамильтона, шкалу депрессии Бека.

Результаты. Средний балл по шкале Бека был достоверно выше в группе пациенток с НБ в сравнении с женщинами с УА и с ФБ ($p < 0,05$). Кроме того, значимые различия были выявлены между группами женщин с УА и с ФБ ($p = 0,037$). Клинически значимая депрессия была определена у 3,3 % женщин с НБ и у 1,6 % женщин с УА; доклиническую депрессию наблюдали у 13 % женщин с НБ и у 6,5 % женщин с УА. Средний балл по шкале Гамильтона был достоверно выше в группе пациенток с НБ в сравнении с женщинами с ФБ ($p < 0,05$), но значимо не отличался от такового в группе женщин с УА ($p > 0,05$). Средний балл по шкале тревожности в группе пациенток с УА был значимо выше в сравнении с женщинами с ФБ ($p = 0,001$). Клинически значимая тревожность легкой и средней степени выраженности зарегистрирована у 4,9 % женщин с УА и у 1,6 % женщин с НБ. Легкие симптомы тревожности (субклиническая тревожность) отмечены у 35,5 % женщин с УА, у 38,3 % женщин с НБ и у 15,7 % женщин с ФБ. Множественный линейный регрессионный анализ выявил, что отягощенный акушерский анамнез и длительность пребывания пациентки в стационаре имели наиболее сильную связь с симптомами депрессии и тревожности.

Заключение. Симптомы пренатальной тревожности и депрессии широко распространены и должны быть своевременно идентифицированы. Психологическое консультирование беременных, а также женщин с неблагоприятными исходами беременности необходимо для снижения риска развития осложнений беременности, ассоциированных с антенатальными аффективными расстройствами.

Ключевые слова: беременность, тревожность, депрессия, шкала Бека, шкала Гамильтона

Для цитирования: Салов И.А., Наумова Ю.В., Паршин А.В., Ломовицкая М.В. Психологический статус женщин с невынашиванием беременности. *Акушерство, Гинекология и Репродукция*. 2023;17(6):740–750. <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2023.462>.

Psychological status of women with miscarriage

Igor A. Salov, Iuliia V. Naumova, Alexey V. Parshin, Marina V. Lomovitskaya

Razumovsky Saratov State Medical University, Health Ministry of Russian Federation;
112 Bolshaya Kazachya Str., Saratov 410012, Russia

Corresponding author: Iuliia V. Naumova, e-mail: jvnaumova@list.ru

Abstract

Introduction. During pregnancy, a woman becomes vulnerable to develop symptoms of depression and anxiety, which in turn are associated with increased risk of perinatal complications, postpartum depression as well as behavioral problems in children.

Aim: to assess the prevalence of symptoms related to depression and anxiety in pregnant women with threatened abortion (TA), non-developing pregnancy (NP) as well as those with physiological course of pregnancy (PP) in the first trimester of pregnancy; to reveal major predictors of psycho-emotional disorders in pregnant women.

Materials and Methods. Three groups of pregnant women were stratified: 62 patients with TA, 60 patients with NP and 57 women with PP. Clinical history and physical examination were performed in all subjects. All pregnant women were assessed by Hamilton Anxiety Rating Scale and the Beck Depression Inventory.

Results. It was found that the mean Beck's score was significantly higher in NP vs. TA and PP groups ($p < 0.05$). Moreover, significant differences were also observed while comparing TA and PP groups ($p = 0.037$). Clinically important depression was found in 3.3 % NP women and in 1.6 % TA women. Preclinical depression was found in 13 % and 6.5 % women with NP and TA, respectively. The mean Hamilton scale score was significantly higher in NP vs. PP group ($p < 0.05$), but was comparable with that in TA group ($p > 0.05$). The mean score on the anxiety scale was significantly higher in TA vs. PP group ($p = 0.001$). Clinically significant mild to moderate anxiety was found in 4.9 % and 1.6 % TA and NP women, respectively. Mild anxiety symptoms were noted in 35.5 % of women with TA, 38.3 % of women with NP, and 15.7 % of women with PP. Multiple linear regression analysis revealed that a burdened obstetric history and the duration of the patient hospital stay had the strongest association with symptoms of depression and anxiety.

Conclusion. Symptoms of prenatal anxiety and depression are widespread and should be identified in a timely manner. Psychological counseling and testing of pregnant women should be included into recommendations for pregnancy management.

Keywords: pregnancy, anxiety, depression, Hamilton Anxiety Rating Scale, Beck Depression Inventory

For citation: Salov I.A., Naumova I.V., Parshin A.V., Lomovitskaya M.V. Psychological status of women with miscarriage. *Akusherstvo, Ginekologiya i Reprodukcya = Obstetrics, Gynecology and Reproduction*. 2023;17(6):740–750. (In Russ.). <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2023.462>.

Основные моменты

Что уже известно об этой теме?

- ▶ Беременные относятся к группе риска по развитию тревожно-депрессивной симптоматики.
- ▶ Распространенность антенатальной тревожности и депрессии варьирует в широком диапазоне в зависимости от применяемых методов диагностики.
- ▶ Установлена роль социально-бытовых и экономических факторов в развитии тревожно-депрессивной симптоматики у беременных.

Что нового дает статья?

- ▶ Проведена оценка распространенности и степени выраженности антенатальной депрессии и тревожности у женщин со стабильной и осложненной беременностью.
- ▶ Выявлены основные предикторы психологического неблагополучия у беременных.

Как это может повлиять на клиническую практику в обозримом будущем?

- ▶ Очевидна необходимость включения психологического скрининга в план ведения беременных для выявления доклинических форм тревожности – депрессивных расстройств.

Highlights

What is already known about this subject?

- ▶ Pregnant women are at risk for developing anxiety and depressive symptoms.
- ▶ The prevalence of antenatal anxiety and depression varies widely depending on the diagnostic methods used.
- ▶ The role of social and economic factors in development of anxiety and depressive symptoms in pregnant women has been established.

What are the new findings?

- ▶ The prevalence and severity of antenatal depression and anxiety in women with stable and complicated pregnancy were assessed.
- ▶ The main predictors of psychological distress in pregnant women have been identified.

How might it impact on clinical practice in the foreseeable future?

- ▶ Obviously psychological screening should be included into management plan for pregnant women to identify preclinical forms of anxiety – depressive disorders.

Введение / Introduction

Беременность является одним из наиболее уязвимых периодов для развития у женщины симптомов депрессии, тревожности и нестабильности настроения [1, 2].

Распространенность тревожно-депрессивной симптоматики во время беременности варьирует в зависимости от используемых критериев, но по данным ряда исследований, может достигать 16 % и более

в виде легких и среднетяжелых симптомов, в то время как у 5 % беременных выявляется депрессивная симптоматика тяжелой степени [3].

Не вызывает сомнений роль совокупности факторов в нарушении психоэмоционального состояния беременных. Так, по данным опросов, проведенных в различных группах беременных во всем мире, некоторыми факторами стресса, которые обычно воздействуют на беременных, являются нехватка материальных ресурсов, неблагоприятные условия занятости,

тяжелые семейные и домашние обязанности, напряженность в интимных отношениях и осложнения беременности [4].

Отдельные исследования, например, показали, что распространенность антенатальной тревожности колеблется от 14 до 59 %, достигая 34,4 % в странах с низким и средним уровнем дохода и 19,4 % в странах с высоким уровнем дохода [5]. Антенатальная депрессия, в свою очередь, выявляется у 15–65 % беременных, проживающих в странах с низким/средним уровнем дохода, и у 17 % женщин в странах с высоким уровнем дохода [6].

Беременность, как физиологический процесс, ввиду выраженных изменений в организме женщины может оказывать серьезное влияние на психологическое здоровье.

По данным ряда исследований, беременность и роды приводят к выраженным гормональным колебаниям, резким изменениям уровней эстрогена и прогестерона, а также к значительному подавлению гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, что, возможно, повышает уязвимость к депрессии [7].

Осложненное течение беременности, потери беременности также могут быть ассоциированы с нарушениями в психоэмоциональной сфере. Невынашивание беременности, несмотря на высокий уровень научных знаний и достижений современной медицины, до сих пор остается острой проблемой, и распространенность ее не имеет тенденции к снижению. Так, по некоторым оценкам, ежегодно в мире происходит около 23 млн выкидышей. Совокупный риск выкидыша составляет до 15,3 % всех выявленных беременностей. Распространенность в популяции женщин, перенесших один выкидыш, составляет 10,8 %, два выкидыша – 1,9 %, три и более выкидыша – 0,7 % [8, 9]. Среди патологических состояний, связанных с потерей беременности, психологические расстройства встречаются особенно часто.

Так, симптомы депрессии и тревоги встречаются в 2,7 раза чаще у женщин, сталкивающихся с угрозой выкидыша, а клинически выраженная тревожность отмечается почти у 50 % беременных этой категории [10].

В настоящее время доступно большое количество исследований, посвященных стрессу и аффективным состояниям во время беременности, как предикторам конкретных состояний беременности и исходов родов.

Симптомы депрессии и тревоги ассоциированы с повышенным риском преждевременных родов, низкой массой тела плода при рождении, задержкой внутриутробного развития, послеродовой депрессией и поведенческими проблемами у детей [4, 11, 12].

Ряд недавних исследований также показал, что симптомы депрессии и тревоги во время беременности могут оказывать прямое неблагоприятное воздействие на развитие мозга плода. Так, была обнаруже-

на взаимосвязь между антенатальными симптомами депрессии и тревожности у женщины и изменениями микроструктуры миндалевидного тела головного мозга новорожденного [13]. Кроме того, ряд крупных лонгитудинальных исследований продемонстрировали взаимосвязь материнского антенатального стресса и тревожности с долгосрочными поведенческими и эмоциональными проблемами у потомства [14, 15].

Эти данные подчеркивают необходимость раннего выявления антенатальной депрессии и тревоги и своевременного лечения для минимизации их негативного воздействия на течение беременности и развитие плода.

Цель: оценить распространенность симптомов депрессии и тревожности у беременных в I триместре с угрожающим абортom (УА), неразвивающейся беременностью (НБ) и у женщин с физиологическим течением беременности (ФБ); выявить основные предикторы психоэмоциональных нарушений у беременных.

Материалы и методы / Materials and Methods

Дизайн исследования / Study design

С марта 2022 г. по октябрь 2022 г. обследовано 179 женщин в возрасте от 18 до 42 лет в I триместре беременности. Пациентки с УА и НБ находились на стационарном лечении во 2-м гинекологическом отделении ГУЗ СГКБ № 1 им. Ю.Я. Гордеева (Саратов); женщины с ФБ состояли на диспансерном учете в женской консультации поликлиники № 8 ГУЗ СГКБ № 1 им. Ю.Я. Гордеева.

Критерии включения и исключения / Inclusion and exclusion criteria

Критерии включения: возраст от 18 до 42 лет; одноплодная беременность в сроке от 5 и до 13 недель; отсутствие соматической и психиатрической патологии; подписанное информированное согласие.

Критерии исключения: возраст менее 18 и более 42 лет; беременность в результате использования вспомогательных репродуктивных технологий; многоплодная беременность; срок беременности более 13 недель; экстрагенитальная патология; ранее выявленные психиатрические заболевания; отказ от участия в исследовании.

Группы обследованных / Patient groups

В группу женщин с УА были включены 62 пациентки с прогрессирующей беременностью, находившиеся на стационарном лечении по поводу жалоб на кровянистые выделения из половых путей различной интенсивности и/или тянущие боли в нижних отделах живота. По данным ультразвукового исследования (УЗИ), у всех пациенток этой группы была выявлена прогрессирующая маточная беременность.

В группу женщин с НБ вошли 60 женщин, у которых по данным УЗИ в ГУЗ СГКБ № 1 или амбулаторно была диагностирована неразвивающаяся беременность.

Группа ФБ (группа контроля) состояла из 57 женщин со стабильным течением беременности без серьезной соматической и психиатрической патологии.

Методы исследования / Study methods

Всем участницам исследования было проведено клиничко-лабораторное обследование согласно клиническим протоколам и стандартам обследования пациенток с вышеуказанными нозологиями.

У всех участниц опроса был собран акушерский анамнез; у женщин с УА, находящихся на стационарном лечении, учитывалась также длительность пребывания в стационаре на момент проведения опроса.

Всем участницам было предложено ответить на вопросы о социальном статусе: возраст, образование, семейное положение, доход семьи (средний, ниже среднего, выше среднего); а также заполнить опросники Гамильтона (шкала тревожности) и Бека (шкала депрессии).

Шкала тревоги Гамильтона / Hamilton Anxiety Rating Scale

Шкала тревоги Гамильтона (англ. Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) – клиническая рейтинговая шкала, предназначенная для измерения тяжести тревожных расстройств пациента. Шкала состоит из 14 пунктов, 13 из них относятся к проявлениям тревоги в повседневной жизни, 14-ый – к проявлению тревоги при осмотре. Кроме того, первые 6 пунктов могут быть оценены отдельно как проявления тревожности в сфере психики, а остальные 8 – как проявления тревоги в соматической сфере.

Суммарно 17 баллов и менее указывают на легкую тяжесть тревожности, 18–24 балла указывают на тяжесть тревоги от легкой до умеренной, и, наконец, 25–30 баллов указывают на тревожность от умеренной до тяжелой степени [16].

Шкала депрессии Бека / Beck Depression Inventory

Опросник включает 21 вопрос-утверждение наиболее часто встречаемых симптомов и жалоб, характерных для депрессии.

Каждый пункт опросника состоит из 4–5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного веса симптома в общей степени тяжести депрессии. Тяжесть депрессивных симптомов оценивается по шкале от 0 до 3 по каждому пункту. Более высокая сумма баллов указывает на более тяжелые симптомы депрессии. Общая оценка составляет от 0 до 63 баллов.

Суммарно 0–13 баллов соответствуют минимальным проявлениям депрессии, 14–19 баллов – лег-

кой депрессии, 20–28 баллов – умеренной депрессии и 29–63 баллов – тяжелой депрессии [17].

Этические аспекты / Ethical aspects

Все процедуры, выполненные в данном исследовании, соответствуют этическим стандартам Хельсинской декларации 1964 г. и ее последующим изменениям или сопоставимым нормам этики.

Все женщины были осведомлены о целях настоящего исследования, об использовании кода-идентификатора, обеспечивающего анонимность, при внесении полученных данных в базу. Женщины, согласившиеся на участие в исследовании, предоставили письменное информированное согласие и заполнили анкеты без посторонней помощи.

Статистический анализ / Statistical analysis

Статистический анализ выполнен с использованием Statistics IBM SPSS для Windows, версия 23.0 (IBM, США). Нормальность оценивали по критерию Колмогорова–Смирнова. Так как данные имели нормальное распределение, сравнения между группами были выполнены с использованием однофакторного регрессионного анализа ANOVA, в то время как критерий χ^2 был использован для сравнения процентов. Результаты представлены как среднее значение и стандартное отклонение ($M \pm SD$), а также в виде общих чисел и процентов. Учитывая необходимость нескольких сравнений, поправка Бонферрони применялась для контроля вероятности групповой ошибки. Значения «р» были скорректированы поправкой Бонферрони для множественных тестов. Для корреляционного анализа использовалась корреляция Пирсона.

Для определения индивидуальных факторов, способствующих развитию тревожности и симптомов депрессии у беременных, использовали множественный регрессионный анализ. Возможные предикторы (независимые переменные) и зависимые переменные (баллы шкалы тревожности Гамильтона и шкалы депрессии Бека) проверены на наличие гипотезы; переменные «возраст» и «нозология» были исключены из регрессионного анализа как не соответствующие гипотезе. Интерпретация результатов включает сравнение значений коэффициента β , который интерпретируется относительно силы и направленности связи между отдельными переменными. Скорректированное значение R^2 показывает, насколько хорошо регрессионная модель соответствует данным. Значение $p < 0,05$ считали статистически значимым.

Результаты / Results

Основные характеристики 3 групп беременных, включенных в исследование, представлены в **таблице 1**.

Беременные всех групп значимо не различались по возрасту и по количеству беременностей в анамнезе

Таблица 1. Сравнительная характеристика групп женщин с угрожающим абортom (УА), неразвивающейся беременностью (НБ) и физиологическим течением беременности (ФБ).**Table 1.** Comparative characteristics of women with threatened abortion (TA), non-developing pregnancy (NP), and physiological course of pregnancy (PP).

Показатель Parameter	Группа УА TA Group n = 62	Группа НБ NP Group n = 60	Группа ФБ PP Group n = 57	p
Клинико-anamnestическая характеристика / Clinical and anamnesic characteristics				
Возраст, лет, Age, years, M ± SD	28,89 ± 5,78	28,97 ± 5,27	29,04 ± 5,53	0,989
Номер настоящей беременности, M ± SD Ongoing pregnancy number, M ± SD	2,27 ± 1,24	2,45 ± 1,27	2,09 ± 1,14	0,278
Количество выкидышей/НБ в анамнезе, M ± SD Number of miscarriages/NP in history, M ± SD	0,82 ± 0,84	0,65 ± 0,88	0,39 ± 0,62	0,012
Срок гестации, недель, M ± SD Gestational age, weeks, M ± SD	9,61 ± 2,22	9,05 ± 1,86	10,6 ± 1,98	< 0,01 *
Длительность пребывания в стационаре, койко/дней, M ± SD Duration of hospital stay, bed/days, M ± SD	4,87 ± 1,70			
Высшее образование, n (%) Higher education, n (%)	35 (56,5)	33 (55,0)	32 (56,1)	0,872
Семейное положение (состоят в браке), n (%) Marital status (married), n (%)	52 (83,9)	56 (93,3)	54 (94,7)	0,104
Доход семьи: Family income:				
средний, n (%) average, n (%)	44 (71,0)	46 (76,7)	48 (84,2)	> 0,05
ниже среднего, n (%) below average, n (%)	10 (16,1)	8 (13,3)	7 (12,3)	
выше среднего, n (%) above average, n (%)	8 (12,9)	6 (10,0)	2 (3,5)	
Баллы опросников / Questionnaire scores				
Шкала депрессии Бека, баллы, M ± SD Beck Depression Inventory, score, M ± SD	5,44 ± 2,97	6,75 ± 2,94	4,16 ± 2,27	< 0,01 *
Шкала оценки тревоги Гамильтона, баллы, M ± SD Hamilton Anxiety Rating Scale, score, M ± SD	8,1 ± 4,43	7,83 ± 3,78	5,54 ± 2,39	< 0,01 *

Примечание: УА – угрожающий аборт; НБ – неразвивающаяся беременность; ФБ – физиологическое течение беременности.

Note: TA – threatened abortion; NP – non-developing pregnancy; PP – physiological course of pregnancy.

($p > 0,05$ для всех сравнений). Однако в группе пациенток с УА отмечалось большее количество выкидышей/неразвивающихся беременностей в анамнезе в сравнении с группами с ФБ и НБ.

Срок гестации был значимо больше в группе ФБ в сравнении с группами женщин с УА и НБ ($p < 0,05$).

Доля беременных, имеющих высшее образование, также существенно не различалась в группах; высшее образование имели более половины опрошенных. Большая часть беременных, включенных в настоящее исследование, состояли в браке (83,9, 93,3 и 94,7 % соответственно), достоверно не различаясь в группах.

По уровню дохода семьи 3 группы беременных также были сопоставимы; более 70 % женщин во всех группах имели средний, по мнению респонденток, доход семьи.

Средние баллы опросников Бека и Гамильтона значимо ($p < 0,01$) различались в группах женщин с УА, НБ и ФБ (рис. 1).

Средний балл по шкале Бека был значимо выше в группе женщин с НБ в сравнении с пациентками

с УА и женщинами с ФБ ($p = 0,028$ и $p < 0,001$ соответственно). Кроме того, значимые различия ($p = 0,037$) были выявлены между группами женщин с УА и с ФБ (рис. 2).

Клинически значимая депрессия (> 14) была определена у 3,3 % женщин с НБ и у 1,6 % женщин с УА. Однако в обеих группах проявления депрессии соответствовали легкой степени. В группе женщин с ФБ симптомов клинической депрессии выявлено не было. Преддепрессию (доклиническая депрессия, 10–13 баллов) наблюдали у 13 % женщин с НБ и у 6,5 % женщин с УА (рис. 3).

Средний балл по шкале Гамильтона также был достоверно выше в группе пациенток с НБ в сравнении с женщинами с ФБ ($p = 0,003$), но не отличался от такового в группе женщин с УА ($p > 0,05$). Средний балл по шкале тревожности в группе женщин с УА был значимо выше ($p = 0,001$) в сравнении с пациентками с ФБ (рис. 4).

Клинически значимая тревожность легкой и средней степени выраженности (18–26 баллов по шкале

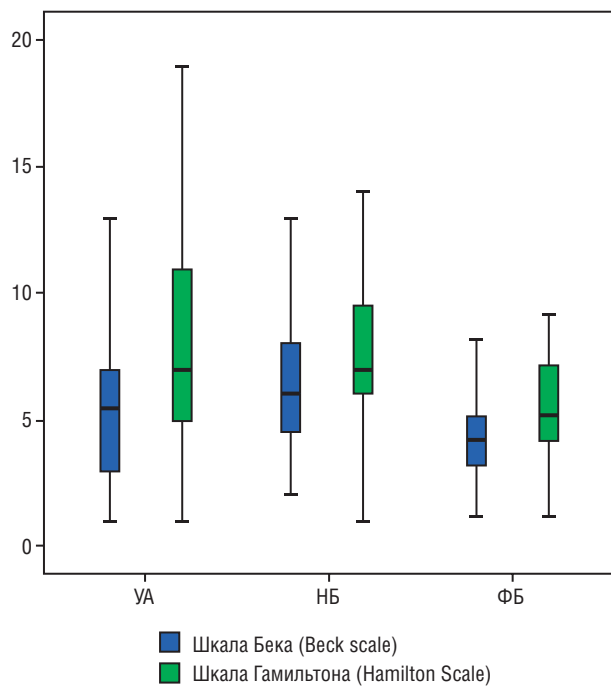


Рисунок 1. Баллы шкал Бека и Гамильтона в группах женщин с угрожающим абортom (YA), неразвивающейся беременностью (НБ) и физиологической беременностью (ФБ).

Figure 1. Beck Depression Inventory and Hamilton Anxiety Rating Scale scoring in women with threatened abortion (TA), non-developing pregnancy (NP), and physiological course of pregnancy (PP).

Гамильтона) зарегистрирована у 4,9 % женщин с YA и у 1,6 % женщин с НБ. Легкие, клинически незначимые симптомы тревожности (8–17 баллов) отмечались у 35,5 % женщин с YA, у 38,3 % женщин с НБ и у 15,7 % женщин с ФБ (рис. 5).

Корреляционный анализ установил значимую взаимосвязь возраста пациенток, отягощенного акушерского анамнеза (ОАА) с выраженностью симптомов

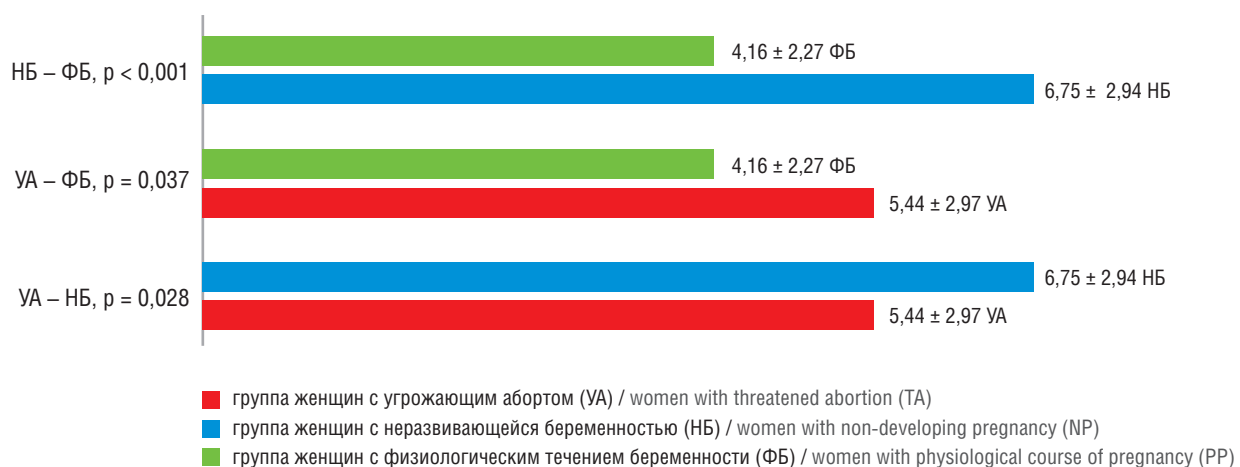


Рисунок 2. Парные сравнения баллов по шкале Бека в группах женщин с угрожающим абортom (YA), неразвивающейся беременностью (НБ) и с физиологическим течением беременности (ФБ).

Figure 2. Paired Beck Depression Inventory scoring in women with threatened abortion (TA), non-developing pregnancy (NP) and physiological course of pregnancy (PP).

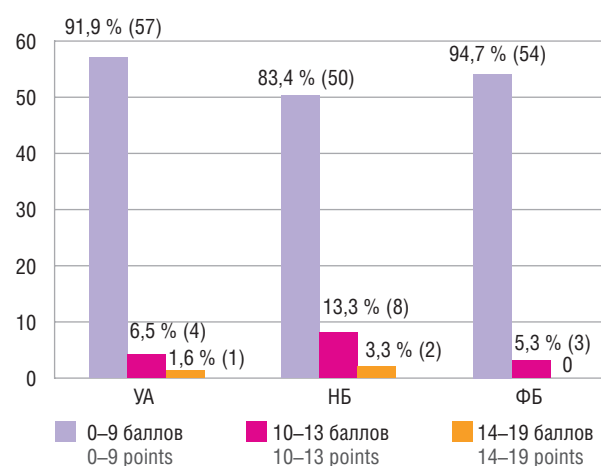


Рисунок 3. Распространенность симптомов депрессии в группах женщин с угрожающим абортom (YA), неразвивающейся беременностью (НБ) и физиологическим течением беременности (ФБ), % (n).

Figure 3. Prevalence of depressive symptoms in women with threatened abortion (TA), non-developing pregnancy (NP) and physiological course of pregnancy (PP), % (n).

тревожности и депрессии. Отрицательная корреляционная взаимосвязь была выявлена между семейным положением респондентов (не состоящие в браке) и уровнем тревожности. Выраженность симптомов тревожности и депрессии у женщин с YA также коррелировала с длительностью пребывания пациентки в стационаре (табл. 2).

Множественный линейный регрессионный анализ определил, что отягощенный акушерский анамнез (коэффициент $\beta = 0,44$ и $0,52$ соответственно; $p < 0,001$) и длительность пребывания пациентки в стационаре (коэффициент $\beta = 0,37$ и $0,31$ соответственно; $p < 0,001$) имели наиболее сильную связь с симптомами депрессии и тревожностью (табл. 3, 4).

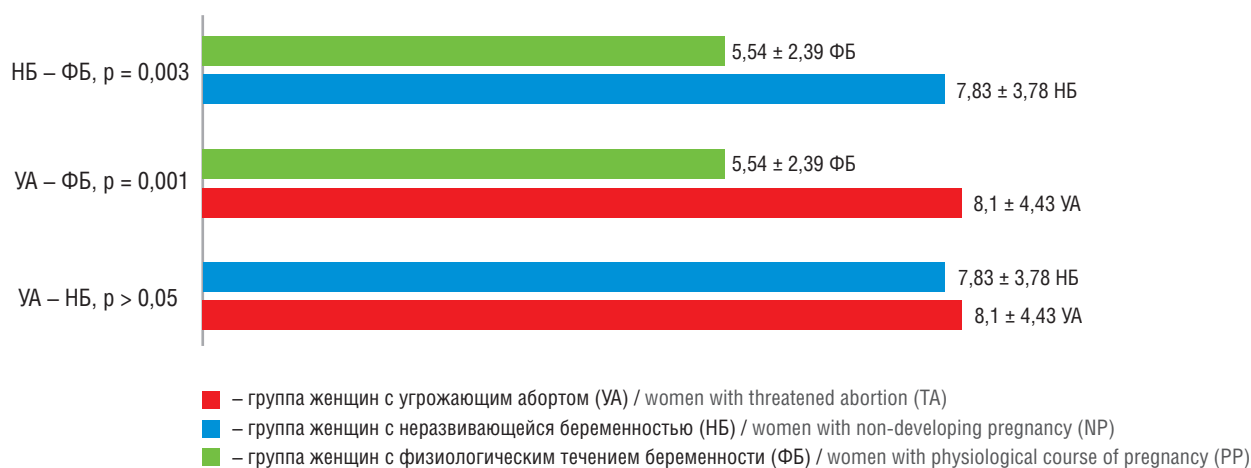


Рисунок 4. Парные сравнения баллов по шкале Гамильтона в группах женщин с угрожающим абортом (УА), неразвивающейся беременностью (НБ) и с физиологическим течением беременности (ФБ).

Figure 4. Paired Hamilton Anxiety Rating Scale scoring in women with threatened abortion (TA), non-developing pregnancy (NP) and physiological course of pregnancy (PP).

Обсуждение / Discussion

Настоящее исследование направлено на оценку распространенности и степени выраженности тревожно-депрессивных симптомов у беременных с физиологическим течением беременности и у женщин с осложненной беременностью, а также на выявление возможных предикторов эмоциональных расстройств во время беременности.

Наши результаты показывают, что депрессивная и тревожная симптоматика широко распространена в ранние сроки беременности и встречается у каждой шестой женщины с физиологическим течением беременности. Распространенность субклинических тревожных расстройств была ожидаемо выше среди

пациенток с УА и НБ в 2,3 и 2,5 раза соответственно по сравнению с женщинами с ФБ. Клинически выраженная тревожность отмечалась только у пациенток с осложненным течением беременности (в группах с УА и НБ).

Субклинические и легкие клинические проявления депрессии совокупно были выявлены у 16 % пациенток с НБ и у 8 % женщин с УА.

Полученные результаты в целом соответствуют данным мировой литературы.

Так, по данным С. Zhu с соавт., доля женщин с клинически выраженной депрессивной и тревожной симптоматикой была значительно выше среди женщин с угрожающим выкидышем по сравнению с женщинами со стабильной беременностью (депрессивные – 33,1 % против 17,0 %; тревожные – 48,8 % против 23,7 %). Авторы отмечают, что угроза выкидыша оставалась значимо связанной с большой депрессивной симптоматикой после поправки на потенциальные искажающие факторы [10].

Результаты исследований А. Lee с соавт. также показали высокую распространенность симптомов тревоги – около 54 % женщин испытывали тревожность в течение всей беременности; симптомы депрессии, по данным авторов, были выявлены у 34 % женщин; симптомы тревожности и депрессии были наиболее выражены в I и III триместрах беременности [18].

Психологическое благополучие беременной определяется взаимодействием социально-демографических, социально-экономических факторов, особенностей течения настоящей и предыдущих беременностей.

Так, некоторые исследования показали, что молодой возраст матери увеличивает вероятность антенатальной депрессии и тревоги [18, 19]. Это может быть связано с тем, что более молодые женщины, как правило, имеют более низкий уровень образования и дохода, нестабильное экономическое положение.

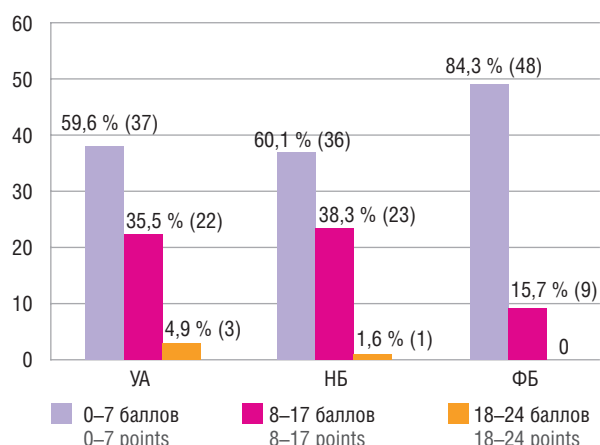


Рисунок 5. Распространенность и степень выраженности симптомов тревожности у женщин с угрожающим абортом (УА), неразвивающейся беременностью (НБ) и физиологическим течением беременности (ФБ), % (n).

Figure 5. Prevalence and intensity of anxiety symptoms in women with threatened abortion (TA), non-developing pregnancy (NP) and physiological course of pregnancy (PP), % (n).

Таблица 2. Корреляции баллов шкал Бека и Гамильтона.

Table 2. Correlations between Beck Depression Inventory and Hamilton Anxiety Rating Scale scores.

Шкала, баллы Scale, points	Осложненная беременность Complicated pregnancy	Возраст Age	Образование Education	Семейное положение Family status	ОАА BOH	Длительность лечения Treatment duration	Доход Income
Шкала депрессии Бека Beck Depression Inventory	0,449**	0,355**	0,07	-0,072	0,441**	0,572**	-0,128
Шкала оценки тревоги Гамильтона Hamilton Anxiety Rating Scale	0,432**	0,232*	0,035	-0,218*	0,433**	0,559**	-0,174

Примечание: ** $p < 0,01$ – более сильная взаимосвязь; * $p < 0,05$ – менее сильная взаимосвязь; ОАА – отягощенный акушерский анамнез.

Note: ** $p < 0.01$ – stronger relationship; * $p < 0.05$ – less strong relationship; BOH – burdened obstetric history.

Таблица 3. Множественный линейный регрессионный анализ, показывающий коэффициенты прогностических значений независимых переменных для зависимой переменной, баллы шкалы Бека.

Table 3. Multiple linear regression analysis showing the predictive coefficients of independent variables for a dependent variable, Beck Depression Inventory scoring.

Коэффициенты^a / Coefficients^a

Модель Model		Нестандартизированные коэффициенты Non-standardized coefficients		Стандартизированные коэффициенты Standardized coefficients	t	p
		B	Std. error	Beta		
1	(Constant)	3,930	0,515		7,63	< 0,001
	ОАА / BOH	2,477	0,440	0,588	5,63	< 0,001
2	(Constant)	0,654	1,023		0,64	0,525
	ОАА / BOH	1,852	0,437	0,440	4,23	< 0,001
	Длительность стационарного лечения, дни Duration of hospital treatment, days	0,778	0,216	0,374	3,60	0,001

Примечание: B – коэффициент регрессии; Beta – стандартизированный коэффициент регрессии; Std. error – средняя ошибка оценки коэффициента регрессии; t – значение критерия Стьюдента; p – уровень значимости; a – зависимая переменная (баллы шкалы Бека); предикторы: отягощенный акушерский анамнез (ОАА) и длительность стационарного лечения; $R^2 = 0,446$, значение p модели < 0,01; R^2 и значение p указаны для модели 2.

Note: B – regression coefficient; Beta – standardized regression coefficient; Std. error – mean regression coefficient error; t – value of Student's test; p – significance level; a – dependent variable (Beck Depression Inventory scoring); predictors: burdened obstetric history (BOH) and duration of hospital treatment; $R^2 = 0.446$, model p value < 0.01; R^2 and p value are denoted for Model 2.

Таблица 4. Множественный линейный регрессионный анализ, показывающий коэффициенты прогностических значений независимых переменных для зависимой переменной, баллы шкалы Гамильтона.

Table 4. Multiple linear regression analysis showing the predictive coefficients of independent variables for a dependent variable, Hamilton Anxiety Rating Scale scoring.

Коэффициенты^a / Coefficients^a

Модель Model		Нестандартизированные коэффициенты Non-standardized coefficients		Стандартизированные коэффициенты Standardized coefficients	t	p
		B	Std. error	Beta		
1	(Constant)	5,025	0,777		6,46	< 0,001
	ОАА / BOH	4,302	0,664	0,642	6,48	< 0,001
2	(Constant)	0,687	1,582		0,43	0,666
	ОАА / BOH	3,475	0,677	0,518	5,13	< 0,001
	Длительность стационарного лечения, дни Duration of hospital treatment, days	1,030	0,334	0,312	3,08	0,003

Примечание: B – коэффициент регрессии; Beta – стандартизированный коэффициент регрессии; Std. Error – средняя ошибка оценки коэффициента регрессии; t – значение критерия Стьюдента; p – уровень значимости; a – зависимая переменная (баллы шкалы Гамильтона); предикторы: отягощенный акушерский анамнез (ОАА) и длительность стационарного лечения; $R^2 = 0,446$, значение p модели < 0,01; R^2 и значение p указаны для модели 2.

Note: B – regression coefficient; Beta – standardized regression coefficient; Std. error – mean regression coefficient error; t – value of Student's test; p – significance level; a – dependent variable (Hamilton Anxiety Rating Scale scoring); predictors: burdened obstetric history (BOH) and duration of hospital treatment; $R^2 = 0.446$, model p value < 0.01; R^2 and p value are denoted for Model 2.

Напротив, другие исследования показали, что старший возраст матери может быть ассоциирован с высоким риском антенатальной депрессии. В частности, было обнаружено, что среди женщин старше 35 лет

симптомы депрессии встречаются значительно чаще [20]. Это, вероятно, обусловлено беспокойством по поводу возможных акушерских осложнений и осложнений беременности, связанных с возрастом матери.

Согласно данным многочисленных исследований, низкий уровень образования [21], отсутствие оплачиваемой работы у женщины или ее партнера [22], недостаточная социальная поддержка беременной [23], отсутствие постоянного партнера или определенного уровня обязательств со стороны партнера [10], низкая самооценка [24] также играют существенную роль в развитии симптомов антенатальной депрессии и тревожности.

Важными предикторами психологического дистресса могут выступать акушерские и обусловленные беременностью факторы. Так, например, незапланированная или нежелательная беременность несет огромную эмоциональную нагрузку и является фактором риска симптомов депрессии у беременной [23].

Наличие предшествующих аборт, осложнений при предыдущих родах и/или беременности, а также тех, которые могут возникнуть в ходе текущей беременности, анамнеза кесарева сечения связаны, по данным ряда исследований, с повышенным риском антенатальной депрессии и тревожности [22].

Согласно результатам проведенного нами множественного регрессионного анализа, основными предикторами тревожно-депрессивной симптоматики являлись потери беременности в анамнезе и длительность пребывания пациенток в условиях стационара. Похожие данные были получены M.S. Doty с соавт.: распространенность тревожной симптоматики достигала 56 % среди беременных, находящихся на лечении в стационаре, vs. 25 % у беременных, наблюдавшихся амбулаторно [25]. Кроме того, семейное положение (отсутствие постоянного партнера/незарегистрированный брак) являлось предиктором симптомов тревоги. Роль прогестерона в развитии тре-

возно-депрессивной симптоматики, вероятно, носит условный характер ввиду тесной взаимосвязи уровня гормона с нозологией, включенной в настоящее исследование.

Однако, несмотря на значительную распространенность антенатальной депрессии и тревожности, по данным ряда авторов, эти нарушения часто остаются нераспознанными во время беременности [15].

Это во многом связано с преобладанием легких и субклинических форм, а также с отсутствием до настоящего времени точных методов оценки пренатальной тревожности и соответствующих инструментов скрининга аффективных расстройств у беременных.

Заключение / Conclusion

Беременные в значительной степени подвержены развитию депрессивных и тревожных симптомов; женщины с анамнезом, отягощенным по невынашиванию беременности, находятся в группе особого риска по развитию психологических расстройств; тревожность и депрессия во время беременности обусловлены совокупностью факторов, которые должны быть своевременно идентифицированы; психологическое консультирование беременных и женщин с неблагоприятными исходами беременности необходимо с целью своевременного выявления тревожности и депрессии, в том числе субклинических форм, для снижения риска развития состояний беременности, ассоциированных с антенатальными аффективными расстройствами. Кроме того, совместно с медицинскими психологами необходима разработка эффективных методов скрининга беременных на предмет выявления психоэмоциональных расстройств.

ИНФОРМАЦИЯ О СТАТЬЕ	ARTICLE INFORMATION
Поступила: 28.10.2023. В доработанном виде: 24.11.2023.	Received: 28.10.2023. Revision received: 24.11.2023.
Принята к печати: 27.11.2023. Опубликовано: 30.12.2023.	Accepted: 27.11.2023. Published: 30.12.2023.
Вклад авторов	Author's contribution
Все авторы принимали равное участие в сборе, анализе и интерпретации данных.	All authors participated equally in the collection, analysis and interpretation of the data.
Все авторы прочитали и утвердили окончательный вариант рукописи.	All authors have read and approved the final version of the manuscript.
Конфликт интересов	Conflict of interests
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.	The authors declare no conflict of interests.
Финансирование	Funding
Авторы заявляют об отсутствии финансовой поддержки.	The authors declare no funding.
Согласие пациентов	Patient consent
Получено.	Obtained.
Политика раскрытия данных	Clinical Trials Disclosure Policy
Данные об участниках, лежащие в основе результатов, представленных в статье, после деидентификации (текст, таблицы) будут доступны по методологически обоснованному запросу исследователей. Запросы должны быть направлены в течение 3 мес после публикации статьи на почтовый ящик jvnaumova@list.ru. Чтобы получить доступ, лица, запрашивающие данные, должны будут подписать соглашение о доступе к данным.	The data on individual participants enrolled to the current study, will be available after de-identification (text, tables) at the request of researchers who will provide a methodologically justified proposal for a meta-analysis of individual participants' data 3 months after publication of the article. Proposals should be sent to the mailbox jvnaumova@list.ru. To gain access, data requesters should sign up a data access agreement.
Происхождение статьи и рецензирование	Provenance and peer review
Журнал не заказывал статью; внешнее рецензирование.	Not commissioned; externally peer reviewed.

Литература:

- Li H., Bowen A., Bowen R. et al. Mood instability, depression, and anxiety in pregnancy and adverse neonatal outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):583. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04021-y>.
- Van Niel M.S., Payne J.L. Perinatal depression: A review. *Cleve Clin J Med*. 2020;87(5):273–7. <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.19054>.
- Nisar A., Yin J., Waqas A. et al. Prevalence of perinatal depression and its determinants in Mainland China: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020;277:1022–37. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.046>.
- Lobel M., Cannella D.L., Graham J.E. et al. Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychol*. 2008;27(5):604–15. <https://doi.org/10.1037/a0013242>.
- Dennis C.L., Falah-Hassani K., Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017;210(5):315–23. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187179>.
- Dadi A.F., Miller E.R., Bisetegn T.A., Mwanri L. Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: an umbrella review. *BMC Public Health*. 2020;20(1):173. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8293-9>.
- Steiner M., Dunn E., Born L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *J Affect Disord*. 2003;74(1):67–83. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00432-9](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00432-9).
- Quenby S., Gallos I.D., Dhillon-Smith R.K. et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet*. 2021;397(10285):1658–67. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00682-6).
- Клинические рекомендации – Привычный выкидыш – 2022-2023-2024 (16.01.2023). М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2022. 27 с. Режим доступа: http://disuria.ru/_id/12/1264_kr22026p2N96MZ.pdf. [Дата обращения: 15.10.2023].
- Zhu C.S., Tan T.C., Chen H.Y. et al. Threatened miscarriage and depressive and anxiety symptoms among women and partners in early pregnancy. *J Affect Disord*. 2018;237:1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.012>.
- Dole N., Savitz D.A., Hertz-Picciotto I. et al. Maternal stress and preterm birth. *Am J Epidemiol*. 2003;157(1):14–24. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf176>.
- Wadhwa P.D., Entringer S., Buss C., Lu M.C. The contribution of maternal stress to preterm birth: issues and considerations. *Clin Perinatol*. 2011;38(3):351–84. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2011.06.007>.
- Lautarescu A., Craig M.C., Glover V. Prenatal stress: Effects on fetal and child brain development. *Int Rev Neurobiol*. 2020;150:17–40. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2019.11.002>.
- Dipietro J.A. Maternal stress in pregnancy: considerations for fetal development. *J Adolesc Health*. 2012;51(2 Suppl):S3–8. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.04.008>.
- Alder J., Fink N., Bitzer J. et al. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2007;20(3):189–209. <https://doi.org/10.1080/14767050701209560>.
- Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32(1):50–5. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>.
- Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K. Manual for the Beck Depression Inventory-II. *San Antonio (TX): Psychological Corporation*, 1996. 38 p.
- Lee A.M., Lam S.K., Sze Mun Lau S.M. et al. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol*. 2007;110(5):1102–12. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000287065.59491.70>.
- Glazier R.H., Elgar F.J., Goel V., Holzapfel S. Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2004;25(3–4):247–55. <https://doi.org/10.1080/01674820400024406>.
- Coll C.V.N., da Silveira M.F., Bassani D.G. et al. Antenatal depressive symptoms among pregnant women: Evidence from a Southern Brazilian population-based cohort study. *J Affect Disord*. 2017;209:140–6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.031>.
- Francis L., Weiss B.D., Senf J.H. et al. Does literacy education improve symptoms of depression and self-efficacy in individuals with low literacy and depressive symptoms? A preliminary investigation. *J Am Board Fam Med*. 2007;20(1):23–7. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2007.01.060058>.
- Míguez M.C., Vázquez M.B. Risk factors for antenatal depression: A review. *World J Psychiatry*. 2021;11(7):325–36. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i7.325>.
- Giardinelli L., Innocenti A., Benni L. et al. Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Arch Womens Ment Health*. 2012;15(1):21–30. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0249-8>.
- Benute G.R., Nomura R.M., Reis J.S. et al. Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes. *Clinics (Sao Paulo)*. 2010;65(11):1127–31. <https://doi.org/10.1590/s1807-59322010001100013>.
- Doty M.S., Chen H.Y., Grace R. et al. Stress, anxiety and depression levels in pregnancy: outpatient versus inpatient. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2022;35(25):9608–13. <https://doi.org/10.1080/14767058.2022.2049748>.

References:

- Li H., Bowen A., Bowen R. et al. Mood instability, depression, and anxiety in pregnancy and adverse neonatal outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):583. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04021-y>.
- Van Niel M.S., Payne J.L. Perinatal depression: A review. *Cleve Clin J Med*. 2020;87(5):273–7. <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.19054>.
- Nisar A., Yin J., Waqas A. et al. Prevalence of perinatal depression and its determinants in Mainland China: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020;277:1022–37. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.046>.
- Lobel M., Cannella D.L., Graham J.E. et al. Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychol*. 2008;27(5):604–15. <https://doi.org/10.1037/a0013242>.
- Dennis C.L., Falah-Hassani K., Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017;210(5):315–23. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187179>.
- Dadi A.F., Miller E.R., Bisetegn T.A., Mwanri L. Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: an umbrella review. *BMC Public Health*. 2020;20(1):173. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8293-9>.
- Steiner M., Dunn E., Born L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *J Affect Disord*. 2003;74(1):67–83. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00432-9](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00432-9).
- Quenby S., Gallos I.D., Dhillon-Smith R.K. et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet*. 2021;397(10285):1658–67. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00682-6).
- Clinical guidelines – Habitual miscarriage – 2022-2023-2024 (16.01.2023). [Klinicheskie rekomendacii. Privychnyj vykidys]. Moscow: Ministerstvo zdravooohraneniya Rossijskoj Federacii, 2021. 27 p. (In Russ.). Available at: http://disuria.ru/_id/12/1264_kr22026p2N96MZ.pdf. [Accessed: 15.10.2023].
- Zhu C.S., Tan T.C., Chen H.Y. et al. Threatened miscarriage and depressive and anxiety symptoms among women and partners in early pregnancy. *J Affect Disord*. 2018;237:1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.012>.
- Dole N., Savitz D.A., Hertz-Picciotto I. et al. Maternal stress and preterm birth. *Am J Epidemiol*. 2003;157(1):14–24. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf176>.
- Wadhwa P.D., Entringer S., Buss C., Lu M.C. The contribution of maternal stress to preterm birth: issues and considerations. *Clin Perinatol*. 2011;38(3):351–84. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2011.06.007>.
- Lautarescu A., Craig M.C., Glover V. Prenatal stress: Effects on fetal and child brain development. *Int Rev Neurobiol*. 2020;150:17–40. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2019.11.002>.
- Dipietro J.A. Maternal stress in pregnancy: considerations for fetal

- development. *J Adolesc Health*. 2012;51(2 Suppl):S3–8. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.04.008>.
15. Alder J., Fink N., Bitzer J. et al. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2007;20(3):189–209. <https://doi.org/10.1080/14767050701209560>.
 16. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32(1):50–5. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>.
 17. Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio (TX): Psychological Corporation, 1996. 38 p.
 18. Lee A.M., Lam S.K., Sze Mun Lau S.M. et al. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol*. 2007;110(5):1102–12. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000287065.59491.70>.
 19. Glazier R.H., Elgar F.J., Goel V., Holzapfel S. Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2004;25(3–4):247–55. <https://doi.org/10.1080/01674820400024406>.
 20. Coll C.V.N., da Silveira M.F., Bassani D.G. et al. Antenatal depressive symptoms among pregnant women: Evidence from a Southern Brazilian population-based cohort study. *J Affect Disord*. 2017;209:140–6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.031>.
 21. Francis L., Weiss B.D., Senf J.H. et al. Does literacy education improve symptoms of depression and self-efficacy in individuals with low literacy and depressive symptoms? A preliminary investigation. *J Am Board Fam Med*. 2007;20(1):23–7. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2007.01.060058>.
 22. Miguez M.C., Vázquez M.B. Risk factors for antenatal depression: A review. *World J Psychiatry*. 2021;11(7):325–36. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i7.325>.
 23. Giardinelli L., Innocenti A., Benni L. et al. Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Arch Womens Ment Health*. 2012;15(1):21–30. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0249-8>.
 24. Benute G.R., Nomura R.M., Reis J.S. et al. Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes. *Clinics (Sao Paulo)*. 2010;65(11):1127–31. <https://doi.org/10.1590/s1807-59322010001100013>.
 25. Doty M.S., Chen H.Y., Grace R. et al. Stress, anxiety and depression levels in pregnancy: outpatient versus inpatient. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2022;35(25):9608–13. <https://doi.org/10.1080/14767058.2022.2049748>.

Сведения об авторах:

Салов Игорь Аркадьевич – д.м.н., профессор, Заслуженный врач Российской Федерации, зав. кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета, директор Университетской клиники акушерства и гинекологии, ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Саратов, Россия. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0729-9995>.

Наумова Юлия Владимировна – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Саратов, Россия. E-mail: jvnaumova@list.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4220-1236>.

Паршин Алексей Владимирович – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Саратов, Россия. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8793-4786>.

Ломовицкая Марина Владимировна – ординатор кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Саратов, Россия. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-4036-6162>.

About the authors:

Igor A. Salov – MD, Dr Sci Med, Professor, Honored Doctor of the Russian Federation, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Director of the University Clinic of Obstetrics and Gynecology, Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, Russia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0729-9995>.

Iuliia V. Naumova – MD, PhD, Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, Russia. E-mail: jvnaumova@list.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4220-1236>.

Alexey V. Parshin – MD, PhD, Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, Russia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8793-4786>.

Marina V. Lomovitskaya – Resident, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, Russia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-4036-6162>.