

# Синдром поликистозных яичников — междисциплинарная проблема

Е. Э. Гродницкая<sup>1</sup>, Н. А. Ильина<sup>2</sup>, Т. В. Довженко<sup>2</sup>, О. А. Латышкевич<sup>1</sup>, М. А. Курцер<sup>3</sup>, Г. А. Мельниченко<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup> Центр планирования семьи и репродукции Департамента здравоохранения города Москвы

<sup>2</sup> Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского Минздрава России

<sup>3</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

<sup>4</sup> Эндокринологический научный центр Минздрава России, г. Москва

<sup>5</sup> Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Минздрава России

**Цель исследования:** охарактеризовать состояние психического и сексуального здоровья, самочувствия и качества жизни пациенток с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ), выявить возможные взаимосвязи между параметрами психосоциального благополучия, особенностями клинической картины (фенотипами) СПКЯ и приверженностью женщин лечению.

**Дизайн:** сплошное описательное аналитическое исследование.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 96 женщин репродуктивного возраста с СПКЯ по критериям European Society of Human Reproduction and Embryology/American Society for Reproductive Medicine. Проведено их комплексное психопатологическое обследование (MINI-International Neuropsychiatric Interview 6.0 (MINI-6.0), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Symptom Checklist 90 — Revised (SCL-90-R), WHO (Five) Well-Being Index (WHO-5), квантификационная шкала «Сексуальная формула женская»). Изучены особенности маршрутов пациенток с разными фенотипами СПКЯ.

**Результаты.** К моменту исследования 41,7% женщин с СПКЯ (средний возраст — 26,9 ± 4,1 года) имели признаки текущего тревожного и/или депрессивного расстройства (по MINI-6.0 и HADS), а 34,5% — клинически значимое снижение качества жизни (по WHO-5). Признаки сексуальных нарушений были выявлены у 69,2% пациенток, имевших сексуальный опыт. Признаки психосоциального дистресса наблюдали у 71,6% участниц (по SCL-90-R). Обнаружены связи между степенью выраженности тревожных и депрессивных симптомов, уровнем психологического дистресса, качеством жизни, сексуальными нарушениями, рядом социальных факторов, а также клинической картиной СПКЯ. Маршруты пациенток включали от 2 до 12 врачей-гинекологов, медианная продолжительность наблюдения составляла 8 лет, а частота смены врача — раз в 2 года.

**Заключение.** Представляется актуальной разработка современных методических рекомендаций, основанных на комплексном подходе к диагностике и терапии СПКЯ, а также образовательных программ и школ для женщин с СПКЯ на базе гинекологических кабинетов с привлечением врачей других специальностей.

**Ключевые слова:** синдром поликистозных яичников, депрессия, тревога, качество жизни, психологический дискомфорт, сексуальные нарушения.

## Polycystic Ovary Syndrome: Multidisciplinary Issue

Е. Е. Grodnitskaya<sup>1</sup>, N. A. Ilina<sup>2</sup>, T. V. Dovzhenko<sup>2</sup>, O. A. Latyshkevich<sup>1</sup>, M. A. Kurtser<sup>3</sup>, G. A. Melnichenko<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup> Center for Family Planning and Reproduction, Moscow Department of Healthcare

<sup>2</sup> Moscow Psychiatry Research Institute, Affiliate of the V. P. Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Drug Abuse, Ministry of Health of Russia

<sup>3</sup> N. I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

<sup>4</sup> Scientific Center of Endocrinology, Moscow

<sup>5</sup> I. M. Sechenov First Moscow State Medical University

**Study Objective:** 1) To evaluate the mental and sexual health, psychological well-being, and quality of life of patients with polycystic ovary syndrome (PCOS); and 2) to identify potential associations between the parameters of psychological well-being, specific clinical manifestations (phenotypes) of PCOS, and treatment compliance.

**Study Design:** This was an overall-population descriptive, analytical study.

**Materials and Methods:** The study included 96 women of reproductive age who had PCOS, as defined by the European Society of Human Reproduction and Embryology/American Society for Reproductive Medicine criteria. All these women underwent a comprehensive assessment of their psychopathological symptoms, using the MINI-International Neuropsychiatric Interview 6.0 (MINI-6.0), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Symptom Checklist 90 — Revised (SCL-90-R), WHO (Five) Well-Being Index (WHO-5), and Female Sexual Formulation (quantification scale).

**Study Results:** At the time of their participation in the study (mean age, 26.9 ± 4.1), 41.7% of women with PCOS had signs of anxiety and/or depressive disorder (as assessed by MINI-6.0 and HADS), and 34.5% showed a clinically significant reduction in quality of life (as assessed by WHO-5). Signs of sexual disturbances were found in 69.2% of sexually active patients. Signs of psychosocial disturbances were present in 71.6% of participants (as assessed by SCL-90-R). This study showed correlations between the following parameters: the intensity of anxiety and depressive symptoms, the level of psychological distress, quality of life, sexual disturbances, certain social factors, and a clinical picture of PCOS. Patients had been referred to between 2 and 12 gynecologists; and the median follow-up was 8 years. They changed doctors every 2 years. The authors identified specific features of referral pathways in patients with different phenotypes of PCOS.

**Conclusion:** Promising measures include developing modern guidelines, based on a comprehensive approach to diagnosing and treating PCOS, and providing women with PCOS with educational programs and seminars held at gynecologists' offices with the participation of doctors specialized in other fields.

**Keywords:** polycystic ovary syndrome, depression, anxiety, quality of life, psychological discomfort, sexual disturbances.

Гродницкая Елена Эдуардовна — к. м. н., врач акушер-гинеколог консультативно-диагностического отделения ГБУЗ ЦПСИР ДЗМ. 117209, г. Москва, Севастопольский пр-т, д. 24а. E-mail: elena1778@mail.ru  
(Окончание на с. 60.)

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) представляет собой одну из самых актуальных проблем репродуктивной эндокринологии и занимает ведущее место в структуре причин бесплодия. По литературным данным, распространенность СПКЯ у женщин репродуктивного возраста достигает 20% [8, 15–17].

Впервые СПКЯ описали в 1935 г. I. L. Stein и M. L. Leventhal [21]. Исследователи отмечали разнообразие форм клинической картины СПКЯ и преимущественное внимание уделяли именно патологии яичников. Возникновение бесплодия они связывали главным образом с утолщением и склерозированием капсулы яичника. За прошедшее время представления научного сообщества о СПКЯ претерпели значительные изменения. Установлена роль эндокринных, генетических факторов, а также влияния внешней среды. На сегодняшний день, однако, ни одна из существующих гипотез развития заболевания не получила однозначного подтверждения [6]. Избыток андрогенов признается большинством ученых основным звеном патогенеза СПКЯ, а наиболее типичные его проявления связаны именно с гиперандрогемией.

В соответствии с рекомендациями ESHRE/ASRM верификация диагноза СПКЯ требует исключения другой патологии, имеющей сходные клинические проявления, и наличия двух из следующих критериев: нарушения овуляции, клинической и/или биохимической гиперандрогении, эхографической картины поликистозных яичников [22]. Соответственно, выделяют четыре фенотипа СПКЯ: классический (при наличии трех критериев) и три неполных, клиническая картина которых определяется комбинацией двух из перечисленных признаков.

За последние годы достигнуты значительные успехи в диагностике и лечении СПКЯ. Но, несмотря на значительный прорыв теоретической медицины в понимании молекулярно-биологических и генетических механизмов развития данного заболевания, методы оценки отдельных симптомов СПКЯ остаются несовершенными [13]. Не установлены четкие взаимосвязи между степенью выраженности этих симптомов и уровнем андрогемии, что затрудняет своевременную диагностику СПКЯ, а это приводит к отсрочке адекватной терапии.

Для нашей страны, кроме того, являются очевидными некоторые медико-социальные проблемы диагностики и терапии СПКЯ. Существует серьезный разрыв между рекомендациями международных сообществ медицинских специалистов и помощью, получаемой женщинами с СПКЯ в условиях российской клинической практики.

В последние десятилетия выявлена связь СПКЯ с повышением риска развития рака эндометрия и метаболических нарушений, которые, в свою очередь, служат факторами риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний

[12, 23, 24]. В литературе приведены свидетельства значительной распространенности у женщин с СПКЯ некоторых психических нарушений, особенно депрессивных и тревожных расстройств, а также существенного снижения качества их жизни и уровня социальной адаптации [9, 11].

Сейчас многие клиницисты не уделяют должного внимания выявлению психических нарушений у женщин с СПКЯ, нередко рассматривая это заболевание исключительно в рамках проблем репродукции. Однако охрана репродуктивного здоровья, по определению ВОЗ, помимо оказания связанных с репродуктивной функцией медицинских услуг, предусматривает и обеспечение сексуального здоровья, заключающегося в состоянии полного физического, психического и социального благополучия, связанного с сексуальностью [25, 26]. Таким образом, само определение охраны репродуктивного здоровья подразумевает разработку мультидисциплинарных подходов к ведению пациенток с СПКЯ.

Психосоциальные проблемы женщин с СПКЯ сравнительно недавно стали предметом изучения специалистов [10, 14]. Эти исследования не лишены методологических недостатков и малочисленны, а в нашей стране — единичны.

В то же время опубликовано достаточное число работ, посвященных исследованию психического состояния пациентов с различными соматическими заболеваниями и подтверждающих их большую подверженность психическим, главным образом тревожным и депрессивным, нарушениям [2, 4, 18]. Авторы этих публикаций отмечают влияние психических расстройств на течение и прогноз соматических заболеваний и подчеркивают важность диагностики таких состояний у пациентов общесоматических учреждений.

Некоторые исследователи предлагают рассматривать СПКЯ как гетерогенное заболевание с репродуктивными, метаболическими и психологическими проявлениями, требующее комплексного подхода к диагностике и лечению [6, 20].

Хронический характер данного заболевания, многообразие его клинических проявлений и сопутствующих рисков, различия подходов специалистов к диагностике и лечению приводят к отсутствию преемственности в ведении пациенток с СПКЯ. Недостаточная информированность женщин о СПКЯ служит причиной нарушения их комплаентности. Все это в итоге ведет к увеличению материальных затрат, снижению эффективности оказания помощи женщинам с СПКЯ и росту неудовлетворенности ее качеством.

СПКЯ сопровождается повышением соматических и психосоциальных рисков. Метаболические нарушения, сахарный диабет 2 типа, онкологические и сердечно-сосудистые заболевания, а также психические расстройства признаны врачебным и научным сообществом социально значимыми проблемами, а преодоление бесплодия рассматривается как одно из приоритетных направлений демографической

**Довженко Татьяна Викторовна** — д. м. н., профессор, главный научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии МНИИ психиатрии — филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России. 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. E-mail: dtv99@mail.ru

**Ильина Надежда Алексеевна** — аспирант МНИИ психиатрии — филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России. 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. E-mail: ilina\_nadezhda89@mail.ru

**Курцер Марк Аркадьевич** — д. м. н., профессор, член-корреспондент РАН, профессор кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России. 117209, г. Москва, Севастопольский пр-т, д. 24а. E-mail: m.kurtser@mcclinics.ru

**Латышкевич Олег Александрович** — к. м. н., главный врач ГБУЗ ЦПСУР ДЗМ. 117209, г. Москва, Севастопольский пр-т, д. 24а. E-mail: sekrGW@cfr.ru

**Мельниченко Галина Афанасьевна** — д. м. н., профессор, академик РАН, директор Института клинической эндокринологии ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России; профессор кафедры эндокринологии ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России. 117036, г. Москва, ул. Дмитрия Ульянова, д. 11. E-mail: teofrast2000@mail.ru  
(Окончание. Начало см. на с. 59.)

политики государства. Таким образом, проблема СПКЯ выходит за рамки медицины и психологии и приобретает социальный характер. Это определяет необходимость разработки моделей взаимодействия медицинских специалистов: гинекологов, эндокринологов, психиатров и врачей других специальностей — и создания бригадных форм помощи пациенткам с СПКЯ.

**Цель исследования:** охарактеризовать состояние психического и сексуального здоровья, самочувствия и качества жизни пациенток с СПКЯ, выявить возможные взаимосвязи между параметрами психосоциального благополучия, особенностями клинической картины (фенотипами) СПКЯ и приверженностью женщин лечению.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проведено на базе ГБУЗ «Центр планирования семьи и репродукции Департамента здравоохранения города Москвы» (ЦПСИР). Оно включало 96 женщин репродуктивного возраста с верифицированным диагнозом СПКЯ (по критериям ESHRE/ASRM), проходивших амбулаторное лечение у врача акушера-гинеколога в 2013–2015 гг. Процедуры исследования были одобрены локальным этическим комитетом.

Пациентки прошли комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование, а также обследование психиатром с использованием краткого международного нейропсихиатрического опросника, версии 6.0 (MINI-International Neuropsychiatric Interview 6.0, MINI-6.0) [19], госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [1, 27], индекса благополучия ВОЗ-5 1999 г. (WHO (Five) Well-Being Index, WHO-5) [26], клинической шкалы самоотчета (Symptom Checklist 90 — Revised, SCL-90-R) [5, 7] и квантификационной шкалы «Сексуальная формула женская» (СФЖ) [3].

**Общая характеристика выборки.** Средний возраст пациенток составил  $26,9 \pm 4,1$  года. Медианное значение (Me) ИМТ —  $21,5 \text{ кг/м}^2$  (межквартильный диапазон: 19,7–26,0  $\text{кг/м}^2$ ). Масса тела 68,8% участниц исследования была нормальной (ИМТ < 25  $\text{кг/м}^2$ ) и 31,2% — избыточной (ИМТ  $\geq 25 \text{ кг/м}^2$ ).

Большинство пациенток с СПКЯ вели активную трудовую/учебную деятельность ( $n = 82$ ; 85,4%); 88,5% женщин имели высшее образование или обучались в вузе на момент исследования. В официальном браке состояли 69,8% участниц. У 9,4% пациенток на момент исследования были дети, 74,0% женщин планировали беременность.

Регулярные сексуальные отношения практиковали 86,5% пациенток с СПКЯ. У 54,2% участниц было менее 5 партнеров с начала половой жизни, у 40,6% — 5 и более. 5,2% женщин сообщили об отсутствии сексуального опыта.

На момент исследования 41,7% пациенток находились на терапии КОК, 13,5% — впервые в жизни. В прошлом КОК назначали 69,8% участниц исследования.

До обращения в ЦПСИР пациентки с СПКЯ проходили длительный путь обследования и консультаций. Врач, наблюдавший их во время исследования, был как минимум вторым гинекологом, к которому они обращались с жалобами на нерегулярные менструации или невозможность забеременеть (максимальное значение — 12; Me — 4,0; межквартильный диапазон: 3,0–5,0). Общая продолжительность наблюдения и/или лечения составила от 1 года до 24 лет (Me — 8,0; межквартильный диапазон: 3,0–11,0). Возраст первого обращения к врачу по поводу нерегулярного менструального цикла варьировал от 11 до 32 лет (Me — 18,0;

межквартильный диапазон: 16,0–22,0). Медианное значение условного расчетного показателя «врач/год» составило 0,57 (межквартильный диапазон: 0,4–1,0).

Обработку данных осуществляли с применением методов описательной и непараметрической статистики, методов оценки нормальности распределения и частотного анализа. Различия между группами оценивали с помощью U-критерия Манна — Уитни. Результаты считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Согласно критериям MINI-6.0, 50,0% женщин с СПКЯ к моменту исследования перенесли за свою жизнь как минимум один депрессивный эпизод, состояние 17,7% соответствовало критериям текущего депрессивного эпизода. В том числе у 37,5% пациенток имело место генерализованное тревожное расстройство. У 13,5% участниц исследования отмечали сочетание текущего депрессивного эпизода и генерализованного тревожного расстройства.

Для оценки выраженности симптомов депрессии и тревоги использовали шкалу HADS. Значения, превышавшие норму ( $\geq 8$  баллов) как минимум по одной из субшкал, были выявлены у 41,7% женщин. Превышение нормальных показателей по субшкале депрессии отмечено у 12,5%, а по субшкале тревоги — у 37,5% пациенток, в их числе 8,3% женщин имели высокие значения по обоим субшкалам.

Значимых различий между группами пациенток с разным семейным положением, уровнем образования, предыдущим сексуальным опытом, нормальным или избыточным ИМТ, проведением или непроведением текущей терапии КОК, с наличием/отсутствием детей или текущего желания забеременеть в степени выраженности симптомов депрессии и тревоги по субшкалам HADS не обнаружено ( $p > 0,05$ ).

Распределение данных по субшкалам SCL-90-R ( $n = 95$ ) оказалось отличным от нормального (критерий Колмогорова — Смирнова). Для оценки выраженности психосоциального дистресса из общей выборки были выделены женщины ( $n = 68$ ; 71,6%), демонстрировавшие условно патологические значения хотя бы по одной из субшкал опросника. При этом учитывали показатели, отклонявшиеся от нормативных средних [7] более чем на два стандартных отклонения. Результаты обследования пациенток по отдельным субшкалам представлены в *таблице 1*.

Следует отметить, что основные субшкалы SCL-90-R не имеют диагностического значения для одноименных клинических синдромов, но содержат их отдельные поведенческие, соматические и когнитивные компоненты. Субшкала психотизма включает в большей степени признаки избегающего, изолированного образа жизни, а в ряде случаев — негативного отношения к исследованию. Общий индекс тяжести является обобщенным показателем и характеризует текущее состояние пациента и глубину расстройства.

Все показатели SCL-90-R умеренно/сильно коррелировали с выраженностью симптомов тревоги и депрессии по субшкалам HADS (коэффициент ранговой корреляции  $r_s > 0,4$ ).

Было выявлено влияние семейного положения на уровень психологического дистресса пациенток с СПКЯ: не состоявшие в браке женщины демонстрировали статистически значимо худшие результаты ( $p < 0,05$ ) (*табл. 2*).

Не обнаружено влияния желания забеременеть, наличия детей, уровня образования, предыдущего сексуального опыта, нормального или избыточного ИМТ или текущей терапии КОК на уровень психологического дискомфорта.

Из имевших сексуальный опыт пациенток с СПКЯ ( $n = 91$ ) снижение хотя бы по одному из показателей СФЖ ( $< 3$  баллов), характеризующих отношение женщин к сексуальной жизни, степень увлажнения гениталий к началу полового акта, способность к оргазму, физическую и эмоциональную реакцию на завершение полового акта, имели 69,2% женщин. При этом только 37,4% утвердительно отвечали на прямой вопрос, считают ли они, что испытывают трудности в сексуальной сфере.

В соответствии с нашими данными, уровень сексуальной удовлетворенности был значимо выше в группе состоящих в браке женщин с СПКЯ ( $p < 0,05$ ). Из 67 замужних пациенток только 13,4% испытывали физическое безразличие или боль после завершения полового акта, 25,4% имели половой контакт не чаще одного раза в неделю. В группе ведущих половую жизнь пациенток, не состоящих в официальном браке ( $n = 24$ ), такие проявления имели соответственно 33,3% и 70,8% женщин.

Участницы исследования с более высоким уровнем образования значимо чаще испытывали трудности при достижении оргазма ( $p < 0,05$ ): среди пациенток с высшим образованием реже чем в половине половых контактов достигали оргазма 38,8% из 80 ведущих половую жизнь женщин в сравнении с 9,1% из 11 ведущих половую жизнь пациенток со средним и средним специальным образованием.

В зависимости от текущего планирования беременности установлены статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) между группами пациенток с СПКЯ только по уровню половой активности: занимались сексом не чаще одного раза в неделю 25,3% из 71 планировавшей беременность женщины в сравнении с 80,0% из 20 пациенток, которые вели половую жизнь, но не планировали беременность.

Статистически значимых различий по показателям сексуального благополучия между группами пациенток с СПКЯ с различным сексуальным опытом, нормальным или избыточным ИМТ, наличием/отсутствием детей, проведением или непроведением текущей терапии КОК не выявлено ( $p > 0,05$ ).

Из 87 женщин, заполнивших форму опросника WHO-5, клинически значимые показатели ( $< 13$  баллов), свидетельствующие о высокой вероятности наличия психических расстройств, имели место у 34,5% пациенток (Me — 15,0; межквартильный диапазон: 11,0–18,0).

Найдена связь качества жизни участниц и выявляемых у них депрессивных и тревожных проявлений (коэффициент ранговой корреляции Спирмена  $r_s$ ). Установлена отрицательная корреляционная связь степени благополучия по данным WHO-5 с числом баллов по субшкалам тревоги HADS и SCL-90-R (соответственно  $r_s = -0,45$  и  $r_s = -0,33$ ), а также с количеством баллов по субшкалам депрессии HADS и SCL-90-R (соответственно  $r_s = -0,29$  и  $r_s = -0,31$ ).

Таблица 1

Результаты обследования пациенток с синдромом поликистозных яичников по основным шкалам Symptom Checklist 90 — Revised ( $n = 95$ ), баллы

Субшкалы	Медиана	Межквартильный диапазон	Нормативные значения	Количество пациенток с патологическими значениями	
				абс.	%
Соматизация	0,50	0,25–0,92	$0,42 \pm 0,18$	28	29,5
Обсессивность/компульсивность	0,60	0,20–1,10	$0,37 \pm 0,15$	46	48,4
Межличностная чувствительность	0,56	0,33–1,11	$0,47 \pm 0,26$	34	35,8
Депрессия	0,62	0,23–1,08	$0,39 \pm 0,27$	24	25,3
Тревожность	0,40	0,20–0,80	$0,31 \pm 0,25$	21	22,1
Враждебность	0,50	0,17–1,00	$0,38 \pm 0,14$	43	45,3
Навязчивые страхи	0,14	0,00–0,42	$0,14 \pm 0,12$	28	29,5
Паранойяльность	0,30	0,17–0,67	$0,31 \pm 0,11$	29	30,5
Психотизм	0,20	0,00–0,40	$0,14 \pm 0,09$	29	30,5
Общий индекс тяжести	0,52	0,27–0,78	$0,32 \pm 0,17$	37	38,9

Таблица 2

Сравнение показателей Symptom Checklist 90 — Revised в группах пациенток, сформированных в зависимости от семейного положения, баллы

Субшкалы	В официальном браке ( $n = 66$ )		Не замужем ( $n = 29$ )		P
	медиана	межквартильный диапазон	медиана	межквартильный диапазон	
Соматизация	0,42	0,17–0,75	0,67	0,33–1,17	0,02
Межличностная чувствительность	0,56	0,33–1,00	1,00	0,44–1,33	0,02
Депрессия	0,58	0,23–0,77	0,77	0,38–1,62	0,04
Враждебность	0,50	0,17–0,67	0,67	0,33–1,50	0,01
Паранойяльность	0,33	0,00–0,50	0,50	0,17–1,00	0,03
Общий индекс тяжести	0,43	0,24–0,74	0,67	0,38–1,07	0,04

Желание забеременеть, наличие детей, уровень образования, семейное положение, предыдущий сексуальный опыт, нормальный или избыточный ИМТ, текущая терапия КОК не влияли на качество жизни (WHO-5).

### Особенности психосоциального благополучия женщин с разными фенотипами синдрома поликистозных яичников

Распределение пациенток по фенотипам СПКЯ показано в таблице 3. Ввиду малой представленности в общей выборке женщин с овуляторным фенотипом, на первом этапе все пациентки с неполными фенотипами СПКЯ были объединены в одну группу. На втором этапе в отдельную группу были выделены женщины с неандрогенным фенотипом СПКЯ.

Выявлены статистически значимые различия между группами 1 и 2 (с полным и неполными фенотипами СПКЯ) по показателю тревоги HADS ( $p < 0,05$ ), приближающиеся к статистически значимым различиям — по показателям обсессивности/компульсивности и депрессии SCL-90-R ( $p < 0,1$ ) (табл. 4).

Статистически значимые различия между группами А и Б (с андрогенными и неандрогенным фенотипами) обнаружены по показателям обсессивности/компульсивности, депрессии и тревоги SCL-90-R, а также общей продолжительности лечения/наблюдения у специалистов ( $p < 0,05$ ). Приближающиеся к статистически значимым различиям отмечены также по показателям тревоги HADS и «врач/год» ( $p < 0,1$ ) (см. табл. 4).

### ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования свидетельствуют о значительной частоте депрессивных и тревожных нарушений у пациенток с СПКЯ, что согласуется с данными зарубежных и отечественных ученых о большой распространенности психических, в том числе аффективных, расстройств у женщин с этой формой гинекологической патологии.

На момент обследования у 40 (41,7%) из 96 женщин было выявлено депрессивное и/или тревожное расстройство (в соответствии с критериями MINI-6.0). Такие же данные получены и при использовании HADS: показатели тревоги и/или депрессии, превышавшие нормальные

Таблица 3

### Формирование групп пациенток в зависимости от распределения по фенотипам синдрома поликистозных яичников (n = 96)

Фенотипы	Количество пациенток		Группы	Количество пациенток		Группы	Количество пациенток	
	абс.	%		абс.	%		абс.	%
Классический	33	34,4	Группа 1 (классический фенотип)	33	34,4	Группа А (андрогенные фенотипы)	62	64,6
Овуляторный	9	9,4						
Ановуляторный	20	20,8						
Неандрогенный	34	35,4	Группа 2 (неполные фенотипы)	63	65,6	Группа Б	34	35,4

Таблица 4

### Сравнение показателей психосоциального благополучия в группах пациенток, сформированных в зависимости от фенотипа синдрома поликистозных яичников

Показатели	Медиана	Межквартильный диапазон	Медиана	Межквартильный диапазон	P
1.	Группа 1 (n = 33)		Группа 2 (N = 63)		–
Тревога по HADS, баллы	5,0	2,0–7,0	7,0	4,0–9,0	0,04
Обсессивность/компульсивность по SCL-90-R, баллы	0,4	0,2–0,9	0,7	0,3–1,3	0,06
Депрессия по SCL-90-R, баллы	0,4	0,2–0,7	0,7	0,2–1,2	0,08
2.	Группа А (n = 62)		Группа Б (n = 34)		–
Тревога по HADS, баллы	6,0	3,0–8,0	7,0	4,0–10,0	0,09
Обсессивность/компульсивность по SCL-90-R, баллы	0,5	0,2–0,9	0,8	0,6–1,3	0,01
Депрессия по SCL-90-R, баллы	0,5	0,2–0,8	0,8	0,5–1,3	0,02
Тревога по SCL-90-R, баллы	0,3	0,1–0,8	0,6	0,3–1,0	0,03
Лет на лечении	6,5	3,0–10,0	10,0	6,0–12,0	0,02
Врачей в год	0,6	0,4–1,0	0,5	0,3–1,0	0,07

Примечания.

1. Группы 1 и 2 — группы с классическим (полным) и неполными фенотипами; А и Б — с андрогенными и неандрогенным фенотипами.

2. HADS — Hospital Anxiety and Depression Scale, SCL-90-R — Symptom Checklist 90 — Revised.

значения как минимум по одной из субшкал, имели место у 41,7% пациенток.

Следует отметить, что обследованная группа состояла преимущественно из социально активных женщин с высоким уровнем образования, ведущих активную трудовую/учебную деятельность. При среднем возрасте около 27 лет примерно 50% пациенток уже перенесли как минимум один депрессивный эпизод (в анамнезе или текущий). По данным WHO-5, примерно у трети участниц зафиксировано достаточно выраженное снижение качества жизни. Показана обратная взаимосвязь между показателем качества жизни WHO-5 и выраженностью симптомов тревоги и депрессии (HADS и SCL-90-R).

В соответствии с нашими данными, для пациенток с СПКЯ также характерны сексуальные нарушения, связанные с субъективным отношением к половой жизни и объективными параметрами реализации полового акта. При этом только около половины женщин, испытывавших дискомфорт в сексуальной сфере, признавали наличие проблем. Обращают на себя внимание данные о частоте половых контактов у женщин с СПКЯ: около четверти планировавших на момент исследования беременность пациенток сообщили, что занимаются сексом не чаще одного раза в неделю, среди не планировавших беременность этот ответ дали 80,0% обследованных. Показана связь сексуального благополучия и таких

социальных факторов, как уровень образования и семейное положение.

Признаки психосоциального дистресса демонстрировали 71,6% пациенток (SCL-90-R), причем больший уровень неблагополучия имели незамужние пациентки и участницы с высокими показателями тревоги и депрессии (HADS).

Представляют интерес результаты исследования, свидетельствующие о различиях в выраженности тревожных и депрессивных симптомов, а также в показателях общей продолжительности лечения/наблюдения и частоты смены врача у женщин с разными фенотипами СПКЯ. Причина обнаруженных явлений пока неясна, необходимо их дальнейшее изучение.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С нашей точки зрения, актуальна доработка современных методических рекомендаций, основанных на комплексном подходе к диагностике и терапии синдрома поликистозных яичников (СПКЯ), для врачей различных специальностей, а также образовательных программ для женщин, страдающих данным заболеванием. Такие программы имеют как общемедицинское, так и психосоциальное значение. Представляется важным создание междисциплинарных школ для пациенток с СПКЯ на базе гинекологических кабинетов с привлечением врачей других специальностей.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Андрищенко А. В., Дробижев М. Ю., Добровольский А. В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(D) в диагностике депрессий в общей медицинской практике // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2003. Т. 103. № 5. С. 11–18.
2. Бобров А. Е., Царенко Д. М., Курсаков А. А., Довженко Т. В. Тревожно-депрессивные расстройства и когнитивные нарушения у больных первичного звена здравоохранения // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2013. Т. 113. № 2. С. 14–19.
3. Ботнева И. Л., Васильченко Г. С., Нохуров А., Решетняк Ю. А. Общая сексopatология. Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. М.: Медицина, 1977. 487 с.
4. Васюк Ю. А., Довженко Т. В., Школьник Е. Л., Ющук Е. Н. Депрессивные и тревожные расстройства в кардиологии. М.: Анахарсис, 2009. 200 с.
5. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
6. Чеботникова Т. В., Давыдова Г. Н., Холодова Ж. Л., Ильин А. В. и др. Клинические проявления синдрома поликистозных яичников в позднем репродуктивном периоде и постменопаузе // Акушерство и гинекология. 2012. № 1. С. 64–69.
7. Юдеева Т. Ю., Петрова Г. А., Довженко Т. В., Холмогорова А. Б. Применение шкалы Derogatis (SCL-90) в диагностике соматоформных расстройств // Соц. и клин. психиатрия. 2000. Т. 10. № 4. С. 10–15.
8. Agrawal R., Sharma S., Bekir J., Conway G. et al. Prevalence of polycystic ovaries and polycystic ovary syndrome in lesbian women compared with heterosexual women // Fertil. Steril. 2004. Vol. 82. N 5. P. 1352–1357.
9. Barry J. A., Kuczmierczyk A. R., Hardiman P. J. Anxiety and depression in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis // Hum. reprod. 2011. Vol. 26. N 9. P. 2442–2451.
10. Benetti-Pinto C. L., Ferreira S. R., Antunes A. Jr., Yela D. A. The influence of body weight on sexual function and quality of life in women with polycystic ovary syndrome // Arch. Gynecol. Obstet. 2015. Vol. 291. N 2. P. 451–455.
11. Dokras A., Clifton S., Futterweit W., Wild R. Increased prevalence of anxiety symptoms in women with polycystic ovary syndrome: systematic review and meta-analysis // Fertil. Steril. 2012. Vol. 97. N 1. P. 225–230.e2.
12. Fearnley E. J., Marquart L., Spurdle A. B., Weinstein P. et al. Polycystic ovary syndrome increases the risk of endometrial cancer in women aged less than 50 years: an Australian case-control study // Cancer Causes Control. 2010. Vol. 21. N 12. P. 2303–2308.
13. Goodman N. F., Cobin R. H., Futterweit W., Glueck J. S. et al. American association of clinical endocrinologists, American college of endocrinology, and androgen excess and pro society disease state clinical review: guide to the best practices in the evaluation and treatment of polycystic ovary syndrome — part 1 // Endocr. Pract. 2015. Vol. 21. N 11. P. 1291–1300.
14. Jones G. L., Hall J. M., Balen A. H., Ledger W. L. Health-related quality of life measurement in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review // Hum. Reprod. Update. 2008. Vol. 14. N 1. P. 15–25.
15. Lauritsen M. P., Bentzen J. G., Pinborg A., Loft A. et al. The prevalence of polycystic ovary syndrome in a normal population according to the Rotterdam criteria versus revised criteria including anti-Mullerian hormone // Hum. Reprod. 2014. Vol. 29. N 4. P. 791–801.
16. March W. A., Moore V. M., Willson K. J., Phillips D. I. et al. The prevalence of polycystic ovary syndrome in a community sample assessed under contrasting diagnostic criteria // Hum. Reprod. Vol. 25. N 2. P. 544–551.
17. Moran C., Tena G., Moran S., Ruiz P. et al. Prevalence of polycystic ovary syndrome and related disorders in mexican women // Gynecol. Obst. Invest. 2010. Vol. 69. N 4. P. 274–280.
18. Sartorius N., Ustün T. B., Lecrubier Y., Wittchen H. U. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care // Br. J. Psychiatry Suppl. 1996. Vol. 30. P. 38–43.
19. Sheehan D. V., Lecrubier Y., Sheehan K. H., Amorim P. et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10 // J. Clin. Psychiatry. 1998. Vol. 59. Suppl. 20. P. S22–33; quiz S34–57.
20. Shorakae S., Boyle J., Teede H. Polycystic ovary syndrome: a common hormonal condition with major metabolic sequelae that physicians should know about // Intern. Med. J. 2014. Vol. 44. N 8. P. 720–726.
21. Stein I. L., Leventhal M. L. Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries // Am. J. Obstet. Gynecol. 1935. Vol. 29. P. 181–191.


22. The Rotterdam ESHRE/ASRM-sponsored PCOS consensus workshop group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS) // *Hum. Reprod.* 2004. Vol. 19. N 1. P. 41–47.

23. Toulis K. A., Goulis D. G., Mintziroli G., Kintiraki E. et al. Meta-analysis of cardiovascular disease risk markers in women with polycystic ovary syndrome // *Hum. Reprod. Update.* 2011. Vol. 17. N 6. P. 741–760.

24. Wild R. A., Carmina E., Diamanti-Kandarakis E., Dokras A. et al. Assessment of cardiovascular risk and prevention of cardiovascular disease in women with the polycystic ovary syndrome: a consensus statement by the Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome (AE-PCOS) Society // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2010. Vol. 95. N 5. P. 2038–2049.

25. World Health Organization, Regional Office for Europe. Definitions and indicators in Family Planning Maternal & Child Health and Reproductive Health used in the WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001. 15 p.

26. World Health Organization, Regional Office for Europe. Wellbeing measures in primary health care: the Depcare Project // Report on a WHO Meeting. Stockholm, 1998.

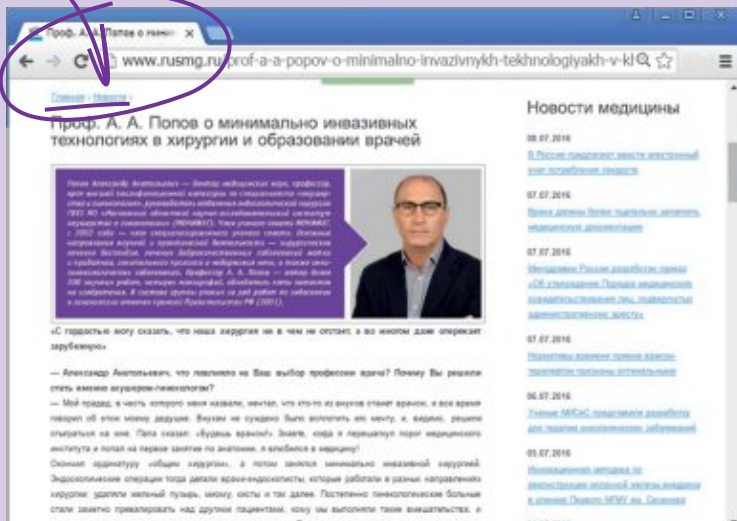
27. Zigmond A. S., Snaith R. P. The hospital anxiety and depression scale // *Acta. Psychiatr. Scand.* 1983. Vol. 67. N 6. P 361–370. 

Библиографическая ссылка:

Гродницкая Е. Э., Ильина Н. А., Довженко Т. В., Латышкевич О. А. и др. Синдром поликистозных яичников — междисциплинарная проблема // *Доктор.Ру.* 2016. № 3 (120). С. 59–65.

Реклама

см. раздел «Новости»



ЧИТАЙТЕ  
Доктор.Ру

Читайте интервью с известными российскими и зарубежными учеными на сайте [www.rusmg.ru](http://www.rusmg.ru)



СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ — артериальная гипертензия	НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты
АТФ — адеозинтрифосфат	ОМС — обязательное медицинское страхование
ВАШ — визуальная аналоговая шкала	ОР — относительный риск
ВЗОМТ — воспалительные заболевания органов малого таза	ПЦР — полимеразная цепная реакция
ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения	РНК — рибонуклеиновая кислота
ВПЧ — вирус папилломы человека	УЗИ — ультразвуковое исследование
ГнРГ — гонадотропин-рилизинг-гормон	ФНО — фактор некроза опухоли
ДИ — доверительный интервал	ФСГ — фолликулостимулирующий гормон
ДНК — дезоксирибонуклеиновая кислота	ХГЧ — хорионический гонадотропин человека
ЖКТ — желудочно-кишечный тракт	ЧСС — частота сердечных сокращений
ИЛ — интерлейкин	ASRM — American Society for Reproductive Medicine
ИМТ — индекс массы тела	ESHRE — European Society of Human Reproduction and Embryology
ИППП — инфекции, передаваемые половым путем	Ig — иммуноглобулин
КОЕ — колониеобразующая единица	PAPP-A — pregnancy-associated plasma protein A (ассоциированный с беременностью протеин-А плазмы)
КОК — комбинированные оральные контрацептивы	
МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра	