

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Т.В. Довженко¹, Н.А. Ильина¹, Е.Э. Гродницкая²,
О.А. Латышкевич², М.А. Курцер³, Г.А. Мельниченко⁴

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России¹,
ГБУЗ города Москвы «Центр планирования семьи и репродукции Департамента здравоохранения города Москвы»²,
РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета³
Институт клинической эндокринологии ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России⁴*

В последние десятилетия исследователи в различных странах сообщают о высокой распространенности психической патологии среди пациентов общемедицинских учреждений, а также отмечают недостаточную выявляемость этих симптомов врачами-интернистами [2, 4, 8, 37, 39]. Ряд научных работ подтверждает существенное влияние психопатологических проявлений на клиническую картину, течение и исход соматических заболеваний [3, 15, 19], в связи с чем формируется отчетливая тенденция к интеграции психиатрии и общесоматической медицины.

В то же время удалось выявить некоторые психопатологические и психологические особенности у пациентов с различными эндокринными заболеваниями [7, 16, 19, 25], что в целом созвучно концепции М.Блейлера о роли хронически протекающих эндокринных расстройств в развитии специфических психических проявлений [1]. В свете этих данных проводились исследования роли отдельных гормонов, в том числе половых, в регуляции психической деятельности [5, 6, 14, 18, 28, 29].

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – хроническое заболевание, которое на сегодняшний день занимает ведущее место в структуре причин бесплодия, а кроме того, связано с повышением онкологических, метаболических, сердечно-сосудистых рисков [22, 41]. Избыток андрогенов представляется основным звеном патогенеза данного заболевания, а типичными клиническими проявлениями являются симптомы избытка андрогенов и нарушения овуляции. Диагноз СПЯ основывается на его клинических проявлениях в комбинации с данными гормо-

нальных и ультразвуковых (УЗИ) методов исследования. В соответствии с рекомендациями, разработанными экспертной группой Европейского общества репродукции и эмбриологии (ESHRE) и Американского Общества репродуктивной медицины (ASRM) в 2003 году в Роттердаме (Нидерланды) [40], диагноз СПКЯ может быть установлен при наличии по меньшей мере двух из трех утвержденных критериев: овариальная дисфункция, клиническая и/или биохимическая гиперандрогения, а также эхографическая картина поликистозных яичников. Соответственно, выделяют 4 фенотипа СПКЯ: классический фенотип (присутствуют все три критерия) и три неполных, клиническая картина которых формируется из попарно сгруппированных признаков. В связи с широкой распространенностью СПКЯ, которая среди женщин репродуктивного возраста по данным различных исследований составляет 6–18% [31, 34], а также в связи с сопряженными соматическими рисками, проблема СПКЯ приобрела социальную значимость и привлекла к себе повышенный интерес. В литературе приведены свидетельства значительной представленности у женщин с СПКЯ ряда психических нарушений [12, 20, 21, 35, 36].

Согласно данным зарубежных авторов ведущее место в структуре психических нарушений при СПКЯ занимают тревожные и депрессивные расстройства. Частота выявления симптомов тревоги и депрессии у пациенток с СПКЯ выше, чем у здоровых женщин [23, 26]. Согласно результатам исследования S.Venson и соавт. в Германии в 2009 году [13], при использовании госпитальной шкалы тревоги/депрессии (HADS), установлено, что средние сум-

марные значения HADS у пациенток с СПКЯ существенно выше, чем в общей популяции (9,00 против 6,30 по субшкале тревоги; 7,20 против 3,20 по субшкале депрессии). Суммарные значения по субшкалам тревоги и депрессии ≥ 11 баллов расценивались как клинически значимые и были обнаружены соответственно у 34,20% и 20,50% пациенток.

Предпринимались попытки исследовать взаимосвязи между психическими и физиологическими проявлениями при СПКЯ, такими как инсулинорезистентность, повышение индекса массы тела (ИМТ), а также изменения отдельных гормональных показателей. Однако опубликованные данные противоречивы, единой точки зрения по этим проблемам в настоящее время не существует [9, 10, 11, 27, 30, 32].

Большинство исследователей сходятся во мнении, что СПКЯ оказывает значительное негативное влияние на качество жизни пациенток [12, 17, 24]. Кроме того, по данным С. Moran и соавт. [33], у женщин с более тяжелой формой СПКЯ (при обязательном присутствии как гиперандрогемии, так и стойкой ановуляции), выявлялись более низкие показатели качества жизни.

В нашей стране комплексных патопсихологических обследований пациенток с СПКЯ до настоящего времени не проводилось.

Целью настоящего исследования стало определение частоты выявления тревоги и депрессии у пациенток с СПКЯ в условиях общемедицинской сети, оценка качества их жизни, а также определение возможных взаимосвязей данных показателей с результатами лабораторного и инструментального обследования.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие на добровольной основе 74 женщины репродуктивного возраста с верифицированным диагнозом синдром поликистозных яичников (СПКЯ). Обследованы пациентки, проходившие амбулаторное лечение в ГБУЗ города Москвы «Центр планирования семьи и репродукции Департамента здравоохранения города Москвы» в 2013–2014 годы. СПКЯ диагностировался врачом-гинекологом в соответствии с критериями, утвержденными консенсусом Европейского общества репродукции и эмбриологии человека (ESHRE) и Американского общества репродуктивной медицины (ASRM) в 2003 году в Роттердаме (Нидерланды): овариальная дисфункция, гиперандрогения (клиническая и/или биохимическая) и эхографические признаки поликистоза яичников. Все пациентки были разделены на 4 группы в зависимости от фенотипа СПКЯ. Пациенткам проводилось комплексное клиничко-лабораторно-инструментальное обследование: гинекологический осмотр и оценка антропометрических данных (в том числе ИМТ), ультразвуковое исследование органов малого таза, биохимические исследования, в том числе проведение перо-

рального глюкозотолерантного теста с 75 г глюкозы, определение концентрации гормонов в сыворотке крови (ЛГ, ФСГ, пролактин, ТТГ, 17-гидроксипрогестерон, общий тестостерон, глобулин, связывающий половые гормоны, дегидроэпиандростерона сульфат, инсулин, антимюллеров гормон).

Психопатологическое обследование проводилось врачом-психиатром с использованием следующих методов: клиничко-психопатологический, психометрический (Краткий международный нейропсихиатрический опросник MINI-6 [38], Госпитальная шкала тревоги/депрессии HADS [43], Индекс благополучия ВОЗ-5 (вариант 1999 г.) WHO-5 [42]).

Обработка данных осуществлялась с применением методов описательной и непараметрической статистики (коэффициент корреляции Спирмена, U-критерий Манна-Уитни).

Результаты

Обследованы женщины в возрасте от 18 до 39 лет. Средний возраст обследуемых составил 26,95 лет (табл. 1). 56 из 74 женщин (75,68%) состояли в браке, 7 уже имели как минимум одного ребенка (9,46%). 63 пациентки (85,14%) имели высшее образование или продолжали обучение в ВУЗе (в т.ч. 2 жен. имели более одного диплома о законченном высшем образовании, а 4 – ученую степень). Абсолютное большинство женщин (91,89% выборки) вели активную трудовую и/или учебную деятельность. На момент обследования 58 пациенток (78,38%) планировали беременность, а 7 пациенток (9,46%) уже имели опыт неудачных беременностей (невынашивание беременности, внематочная беременность).

Таблица 1

Распределение пациенток по возрасту

	Число измерений	Среднее	Медиана	Минимум	Максимум	Первый квартиль	Третий квартиль
возраст	74	26,95	26,00	18,00	39,00	25,00	30,00

Распределение пациенток по группам в зависимости от фенотипа СПКЯ (классический, овulatoryный, неандрогенный, ановуляторный) оказалось неравномерным (табл. 2).

Таблица 2

Распределение пациенток по фенотипам

Фенотип	Количество наблюдений	%
Классический	27	36,49
Овуляторный	4	5,41
Неандрогенный	27	36,49
Ановуляторный	16	21,62
Всего	74	100

В связи с малой представленностью в выборке СПКЯ овulatoryного фенотипа, были сформированы новые сопоставимые группы. На первом этапе в одну группу были объединены все наблюдения неполных фенотипов (47 жен., 63,51%), сравнение было проведено с группой классического фенотипа (27 пациенток, 36,49%). На следующем этапе выборка была разделена по принципу наличия гиперандрогении: объединены связанные наличием гиперандрогении классический, овulatoryный и ановуляторный фенотипы (47 пациенток, 63,51%) и сопоставлены с группой неандрогенного фенотипа СПКЯ (27 пациенток, 36,49%) (табл. 3).

Таблица 3

Распределение пациенток по группам

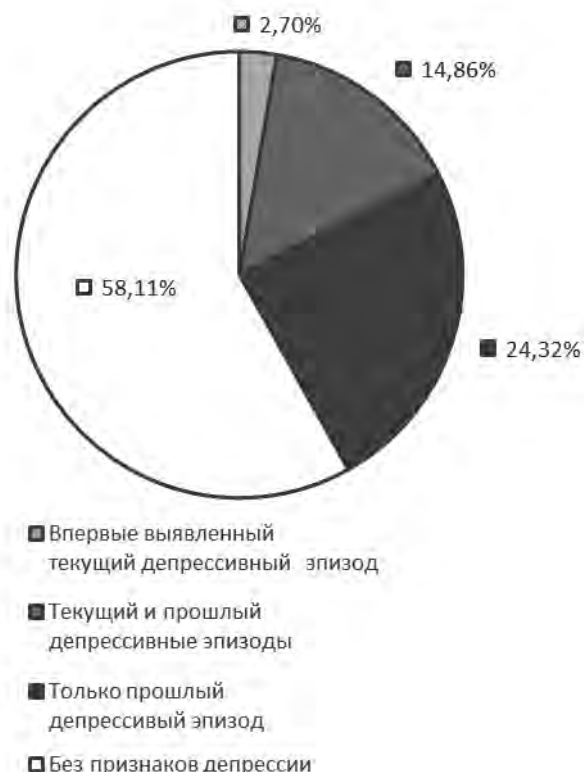
Группа	Количество наблюдений	%
<i>1 этап: По представленности в клинической картине всех 3 признаков СПКЯ</i>		
Классический фенотип	27	36,49
Неполные фенотипы	47	63,51
<i>2 этап: По наличию гиперандрогении</i>		
Неандрогенный фенотип	27	36,49
Гиперандрогенные фенотипы	47	63,51

На момент осмотра врачом-психиатром 29 пациенток (39,19%) находились на терапии оральными контрацептивами, 2 пациентки (2,70%) принимали кломифен с целью стимуляции овуляции, 43 (58,11%) женщины не принимали никакой терапии.

Состояние пациенток оценивалось врачом-психиатром в соответствии с критериями диагностических категорий MINI-6: у 13 пациенток (17,57%) был выявлен текущий депрессивный эпизод, причем только у 2 женщин – впервые в жизни, 29 пациенток (39,19%) перенесли не менее одного депрессивного эпизода в прошлом. Таким образом, в соответствии с критериями MINI-6 31 пациентка (41,89%) хотя бы раз в жизни переносила депрессивный эпизод (рисунок). 18 женщин (24,32%) имели признаки генерализованной тревоги.

Достоверных различий как между группами классического и неполных фенотипов, так и между группами гиперандрогенных и неандрогенного фенотипов в оценках по категориям MINI-6 обнаружить не удалось (использовался U-критерий Манна-Уитни).

При оценке выраженности симптомов депрессии и тревоги по шкале HADS у испытуемых медианные баллы по субшкале депрессии составили 2,00



Диагностическая характеристика депрессий (с использованием MINI-6) у пациенток репродуктивного возраста с СПКЯ

(межквартильный диапазон 1,00–5,00), а по субшкале тревоги 7,00 (межквартильный диапазон 4,00–9,00). При этом клинически значимые (≥ 11 баллов) признаки депрессии обнаруживались у 3 пациенток (4,05%), а тревоги – у 12 пациенток (16,21%). При этом 6 (8,11%) и 15 пациенток (20,27%) демонстрировали значения, соответствующие субклиническим проявлениям соответственно депрессии и тревоги (8–10 баллов). Таким образом, отличные от нормы результаты по субшкалам депрессии и тревоги HADS имели соответственно 12,16% и 36,48% испытуемых (табл. 4).

В дальнейшем было проведено попарное сравнение групп классического и неполных, а также гиперандрогенных и неандрогенного фенотипов СПКЯ с использованием U-критерия Манна-Уитни (табл. 5).

В ходе сравнения суммарных баллов HADS между группами неполных и классического фенотипов достоверные различия были выявлены только по показателям уровня тревоги ($p < 0,05$). Медианные баллы в группе неполных фенотипов оказались существенно выше, чем в группе классического фенотипа (7,00 и 4,00 соответственно).

Таблица 4

Показатели HADS у пациенток репродуктивного возраста с СПКЯ в общемедицинской сети

	Медиана	Межквартильный диапазон	≥ 11 баллов	8-10 баллов	≥ 8 баллов
Тревога	7,00	4,00–9,00	16,21%	20,27%	36,48%
Депрессия	2,00	1,00–5,00	4,05%	8,11%	12,16%

Между группами неандрогенного и гиперандрогенных фенотипов достоверные различия были выявлены только в суммарных баллах тревоги HADS ($p < 0,05$), однако различия медианных баллов этих групп оказались менее существенными (7,50 в группе неандрогенного фенотипа и 6,00 в группе гиперандрогенных фенотипов).

В группе неполных фенотипов клинически значимые (≥ 11 баллов) признаки тревоги обнаруживались у 9 пациенток из 47 (19,15%), а баллы 11 пациенток (23,40%) соответствовали субклиническим проявлениям (8–10 баллов). В группе классического фенотипа клинически значимые (≥ 11 баллов) признаки тревоги обнаруживались у 3 пациенток из 27 (11,11%), а 4 пациентки (14,81%) демонстрировали значения, соответствующие субклиническим проявлениям (8–10 баллов). Таким образом, отличные от нормы результаты по субшкале тревоги в группах неполных и классического фенотипов имели соответственно 42,55% и 25,92% испытуемых.

В группе неандрогенного фенотипа клинически значимые (≥ 11 баллов) признаки тревоги обнаруживались у 7 пациенток из 27 (25,93%), а баллы 6 пациенток (22,22%) соответствовали субклиническим проявлениям (8–10 баллов). В группе гиперандро-

генных фенотипов клинически значимые (≥ 11 баллов) признаки тревоги обнаруживались у 5 пациенток из 47 (10,64%), а 9 пациенток (19,15%) демонстрировали значения, соответствующие субклиническим проявлениям (8–10 баллов). Таким образом, отличные от нормы результаты по субшкале тревоги в группах неандрогенного и гиперандрогенных фенотипов СПКЯ имели соответственно 48,15% и 29,79% испытуемых.

Качество жизни (WHO-5) было исследовано у 65 пациенток. Полученное медианное значение 14,00 (межквартильный диапазон 11,00–18,00). Клинически значимые результаты (< 13 баллов), то есть свидетельствующие о высокой степени вероятности наличия каких-либо психических нарушений, продемонстрировали 38,46% испытуемых (25 пациенток). Достоверных различий (U-критерий Манна-Уитни) между группами выявить не удалось (как классического и неполных фенотипов, так и гиперандрогенных и неандрогенного фенотипов).

При проведении корреляционного анализа методом Спирмена удалось обнаружить ряд закономерностей (табл. 6).

Обнаружена слабая отрицательная корреляционная связь между уровнем тревоги (HADS) и уров-

Таблица 5

Распределение показателей субшкалы тревоги госпитальной шкалы депрессии и тревоги (HADS) по группам

Фенотип	Медиана	Клинически значимые показатели (≥ 11 баллов), %	Субклинические показатели (8–10 баллов), %	Отличные от нормы показатели (≥ 8 баллов), %
По представленности в клинической картине всех 3 признаков СПКЯ				
Классический фенотип	4,00	11,11%	14,81%	25,92%
Неполные фенотипы	7,00	19,15%	23,40%	42,55%
По наличию гиперандрогении				
Неандрогенный фенотип	7,50	25,93%	22,22%	48,15%
Гиперандрогенные фенотипы	6,00	10,64%	19,15%	29,79%

Таблица 6

Корреляционные связи между психопатологическими параметрами, качеством жизни и лабораторными показателями

Выборка	Тревога HADS		Депрессия HADS		Качество жизни WHO-5	
	Параметр	Корреляционная связь	Параметр	Корреляционная связь	Параметр	Корреляционная связь
Вся выборка	СРБ	$R_s = -0,26$	ИМТ ТТГ	$R_s = 0,30$ $R_s = 0,26$	ЛГ	$R_s = -0,28$
По представленности в клинической картине всех 3 признаков СПКЯ						
Классический фенотип	АГкТПО	$R_s = 0,76$	ИМТ Инсулин ЛПВП	$R_s = 0,51$ $R_s = 0,51$ $R_s = -0,59$	17ОН-прогестерон	$R_s = 0,57$
Неполные фенотипы	ТТГ	$R_s = 0,50$	ТТГ	$R_s = 0,32$	ЛГ	$R_s = -0,39$
По наличию гиперандрогении						
Неандрогенный фенотип	-		Мочевая кислота	$R_s = 0,50$	Фосфор	$R_s = 0,51$
Гиперандрогенные фенотипы	-		ИМТ Инсулин ИСА СССГ	$R_s = 0,45$ $R_s = 0,39$ $R_s = 0,37$ $R_s = -0,38$	АМГ	$R_s = -0,50$

Примечание: во всех случаях $p < 0,05$.

нем С-реактивного белка сыворотки крови ($R_s = -0,26$; $p < 0,05$). Для уровня депрессии (HADS) выявлена умеренная положительная корреляционная связь с ИМТ ($R_s = 0,30$; $p < 0,05$), а также слабая положительная корреляционная связь с уровнем ТТГ (в диапазоне значений 0,4–3,9 мкМЕ/мл) сыворотки крови ($R_s = 0,26$; $p < 0,05$). Выявлена умеренная отрицательная корреляционная связь показателя качества жизни WHO-5 с баллами по субшкалам HADS: тревоги ($R_s = -0,39$; $p < 0,05$) и депрессии ($R_s = -0,32$; $p < 0,05$). Также выявлена слабая отрицательная корреляционная связь качества жизни WHO-5 с уровнем ЛГ сыворотки крови ($R_s = -0,28$; $p < 0,05$).

Затем был проведен корреляционный анализ внутри групп классического и неполных фенотипов. Было показано, что внутри группы классического фенотипа показатель тревоги (HADS) сильно положительно коррелирует с уровнем антител к ТПО в сыворотке ($R_s = 0,76$; $p < 0,05$). Для показателя депрессии HADS выявлены умеренная отрицательная корреляционная связь с уровнем ЛПВП сыворотки крови ($R_s = -0,59$; $p < 0,05$), а также умеренная положительная корреляционная связь с ИМТ ($R_s = 0,51$; $p < 0,05$) и уровнем инсулина сыворотки ($R_s = 0,51$; $p < 0,05$). Выявлена также умеренная положительная корреляционная связь между показателями качества жизни (WHO-5) и уровнем 17-ОН-прогестерона сыворотки крови ($R_s = 0,57$; $p < 0,05$).

Внутри группы неполных фенотипов для показателя тревоги HADS выявлена умеренная положительная связь с уровнем ТТГ (в диапазоне 0,4–3,9 мкМЕ/мл) сыворотки крови ($R_s = 0,50$; $p < 0,05$). Выявлена также умеренная положительная корреляционная связь между уровнем ТТГ (в диапазоне 0,4–3,9 мкМЕ/мл) сыворотки и депрессией HADS ($R_s = 0,32$; $p < 0,05$). Качество жизни (WHO-5) умеренно отрицательно коррелировало с уровнем ЛГ сыворотки крови ($R_s = -0,39$; $p < 0,05$).

В обеих группах, как и во всей выборке, отмечена умеренная отрицательная корреляционная связь между качеством жизни (WHO-5) и показателями тревоги и депрессии HADS ($p < 0,05$).

На следующем этапе был проведен корреляционный анализ внутри групп гиперандрогенных и неандрогенного фенотипов. В группе гиперандрогенных фенотипов для показателя депрессии HADS были выявлены умеренной силы положительная корреляционная связь с ИМТ ($R_s = 0,45$; $p < 0,05$), уровнем инсулина сыворотки крови ($R_s = 0,39$; $p < 0,05$) и индексом свободных андрогенов ($R_s = 0,37$; $p < 0,05$), а также отрицательная корреляционная связь с уровнем секс-стероид связывающего глобулина сыворотки ($R_s = -0,38$; $p < 0,05$). Обнаружена умеренная отрицательная корреляционная связь между показателем качества жизни (WHO-5) и уровнем антимюллерова гормона сыворотки крови ($R_s = -0,50$; $p < 0,05$).

В группе неандрогенного фенотипа были выявлены умеренные положительные корреляционные

связи между показателем депрессии HADS и уровнем мочевого кислоты сыворотки крови ($R_s = 0,50$; $p < 0,05$), а также между качеством жизни (WHO-5) и уровнем фосфора сыворотки ($R_s = 0,51$; $p < 0,05$).

Не выявлено значимой связи между психическим состоянием пациенток, терапией на момент исследования, а также такими социальными факторами, как семейное положение, планирование беременности, развод, прерывание беременности в анамнезе, ни всей выборке, ни в одной из групп.

Обсуждение

Полученные в исследовании данные позволяют говорить о высокой распространенности тревоги и депрессии среди женщин репродуктивного возраста, страдающих СПКЯ. Хотя в обследовании приняли участие достаточно молодые женщины (медианный возраст 26,00 лет), 41,89% испытуемых к моменту обследования перенесли не менее одного депрессивного эпизода (в соответствии с критериями MINI-6).

Необходимо отметить, что оценки выраженности тревоги и депрессии по субшкалам HADS в нашем исследовании существенно отличались от зарубежных данных [13]. Показатели субшкалы депрессии, соответствующие уровню клинически выраженной депрессии, демонстрировали только 4,05% испытуемых против опубликованных немецкими учеными 20,50%. По показателям субшкалы тревоги это соотношение составило 16,21% против 34,20%. Медианные значения по субшкалам тревоги и депрессии составили соответственно 7,00 vs 2,00 против 9,00 vs 7,20. Возможно, это связано с меньшим размером или демографическими отличиями выборки. Также вероятно, что госпитальная шкала тревоги/депрессии HADS явилась недостаточно чувствительным методом для исследованной категории пациенток. Хотя в соответствии с критериями MINI-6 на момент осмотра 17,57% пациенток находились в состоянии депрессии, только 4,05% набирали ≥ 11 баллов по соответствующей субшкале HADS; только 16,21% женщин набирали ≥ 11 баллов по субшкале тревоги HADS, в то время как в соответствии с критериями MINI-6 признаки одной лишь генерализованной тревоги наблюдались у 24,32% испытуемых. Данный вопрос требует дальнейшего изучения. В то же время необходимо отметить, что при учете всех отличных от нормы показателей госпитальной шкалы тревоги/депрессии HADS (≥ 8 баллов), результаты оказались сопоставимыми с зарубежными данными по HADS [13] и данными, полученными в настоящем исследовании по MINI-6, и составили по субшкале депрессии HADS 12,16%, а по субшкале тревоги 36,48% испытуемых.

Представляют интерес результаты проведенного исследования, свидетельствующие о большей распространенности тревоги в группе неполных фенотипов по сравнению с группой классического фенотипа, и в группе неандрогенного фено-

типа по сравнению с группой гиперандрогенных фенотипов.

Получены данные свидетельствуют, что СПКЯ существенно снижает качество жизни пациенток. Это соответствует результатам зарубежных исследований. Клинически значимые низкие баллы по WHO-5 продемонстрировали более трети женщин. Выявлено влияние психического состояния на каче-

ство жизни пациенток с СПКЯ. Взаимосвязь качества жизни и формы заболевания не нашла подтверждения.

Проведенный корреляционный анализ показал перспективность дальнейшего изучения взаимосвязей между психическим состоянием, качеством жизни и клинико-лабораторными показателями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белкин А.И. Манфред Блейлер (при участии Р.Гесс). Эндокринологическая психиатрия. Штутгарт, 1954. 498 с. (Endocrinologische Psychiatrie, M.Bleuler, Miteinem Beitrag von R.Hess, Stuttgart, Thieme, 1954) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1957. Т. LVII, № 2. С. 271–282.
2. Бобров А.Е. Могут ли врачи общего профиля применять антидепрессанты? // Русский медицинский журнал. 2006. Т. 14, № 6. С. 444–449.
3. Бобров А.Е., Царенко Д.М., Курсаков А.А. и соавт. Тревожно-депрессивные расстройства и когнитивные нарушения у больных первичного звена здравоохранения // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013. Т. 113, № 2. С. 14–19.
4. Васюк Ю.А., Довженко Т.В., Школьник Е.Л., Юшук Е.Н. Депрессивные и тревожные расстройства в кардиологии. М., 2009 (2-е издание, переработанное). 200 с.
5. Горобец Л.Н., Матросова М.И., Литвинов А.В. Роль половых гормонов в патофизиологии первого эпизода шизофрении // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. 2010. Т. 8, № 3. С. 38.
6. Железнова Е.В., Калинин В.В. Роль половых гормонов в развитии аффективных расстройств при эпилепсии у женщин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012. Т. 112, № 6. С. 49–57.
7. Кулаков В.И., Краснов В.Н., Юренева С.В., Каменецкая Г.Я., Довженко Т.В. и др. Принципы комплексной терапии депрессивных расстройств у пациенток после тотальной овариэктомии // Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. 2003. № 1. С. 18–24.
8. Мосолов С.Н. Диагностика и терапия депрессий при соматических заболеваниях // Фарматека. 2003. № 4. С. 49–55.
9. Adali E., Yildizhan R., Kurdoglu M. et al. The relationship between clinico-biochemical characteristics and psychiatric distress in young women with polycystic ovary syndrome // Int. Med. Res. 2008. Vol. 36, N 6. P. 1188–1196.
10. Annagür B.B., Tazegül A., Uguz F. et al. Biological correlates of major depression and generalized anxiety disorder in women with polycystic ovary syndrome // J. Psychosom. Res. 2013. Vol. 74, N 3. P. 244–247.
11. 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.
12. 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. 2014.
13. Benson S., Hahn S., Tan S. et al. Prevalence and implications of anxiety in polycystic ovary syndrome: results of an internet-based survey in Germany // Hum. Reprod. 2009. Vol. 24, N 6. P. 1446–1451.
14. Berent D., Zboralski K., Orzechowska A. et al. Thyroid hormones association with depression severity and clinical outcome in patients with major depressive disorder // Mol. Biol. Rep. 2014. Vol. 41, N 4. 2419–25. doi: 10.1007/s11033-014-3097-6. Epub 2014 Jan 18.
15. Brunner E.J., Shipley M.J., Britton A.R. et al. Depressive disorder, coronary heart disease, and stroke: dose-response and reverse causation effects in the Whitehall II cohort study // Eur. J. Prev. Cardiol. 2014. Vol. 21, N 3. 340–6. doi: 10.1177/2047487314520785. Epub 2014 Feb 3.
16. Celik O., Kadioglu P. Quality of life in female patients with acromegaly // J. Endocrinol. Invest. Vol. 36, N 6. P. 412–416.
17. Coffey S., Bano G., Mason H.D. Health-related quality of life in women with polycystic ovary syndrome: a comparison with the general population using the Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire (PCOSQ) and the Short Form-36 (SF-36) // Gynecol. Endocrinol. 2006. Vol. 22, N 2. P. 80–86.
18. Cubala W.J., Landowski J. C-reactive protein and cortisol in drug-naïve patients with short-illness-duration first episode major depressive disorder: possible role of cortisol immunomodulatory action at early stage of the disease // J. Affect. Disord. 10/2013. P. 152–154:534–7. doi: 10.1016/j.jad.2013.10.004. Epub 2013 Oct 10.
19. Demartini B., Ranieri R., Masu A. et al. Depressive symptoms and major depressive disorder in patients affected by subclinical hypothyroidism: a cross-sectional study // J. Nerv. Ment. Dis. 2014. Vol. 202, N 8. P. 603–607. doi: 10.1097/NMD.000000000000168.
20. Dokras A. Mood and anxiety disorders in women with PCOS // Steroids. 2012. Vol. 77, N 4. P. 338–341.
21. 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.
22. Fearnley E.J., Marquart L., Spurdle A.B. et al. Polycystic ovary syndrome increases the risk of endometrial cancer in women aged less than 50 years: an Australian case-control study // Australian Ovarian Cancer Study Group and Australian National Endometrial Cancer Study Group. Cancer Causes Control. 2010. Vol. 21, N 12. P. 2303–2308.
23. Hung J.H., Hu L.Y., Tsai S.J. et al. Risk of psychiatric disorders following polycystic ovary syndrome: a nationwide population-based cohort study // PLoS One. 2014. Vol. 9, N 5. E. 97041.
24. 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 // Human Reproduction Update. 2008. Vol. 14, N 1. P. 15–25.
25. Karpenko O., Bobrov A.E., Starostina E. Psychiatric co-morbidity in type I and type 2 diabetes mellitus // Psihijatrija danas. 2012. Vol. 44, Suppl. P. 136–137.
26. Kerchner A., Lester W., Stuart S.P., Dokras A. Risk of depression and other mental health disorders in women with polycystic ovary syndrome: a longitudinal study // Fertil. Steril. 2009. Vol. 91, N 1. P. 207–212.
27. Komarowska H., Stangierski A., Warmuz-Stangierska I. et al. Differences in the psychological and hormonal presentation of lean and obese patients with polycystic ovary syndrome // Neuro Endocrinol. Lett. 2013. Vol. 34, N 7. P. 669–674.
28. Kopala L.C., Lewine R., Good K.P. et al. Clinical features of schizophrenia in a woman with hyperandrogenism // J. Psychiat. Neurosci. 1997. Vol. 22, N 1. P. 56–60.
29. Kulkarni J. Oestrogen – a new treatment approach for schizophrenia? // Med. J. Aust. 2009. Vol. 190, N 4. P. 37–38.
30. Livadas S., Chaskou S., Kandaraki A.A., Diamanti-Kandaraki E. et al. Anxiety is associated with hormonal and metabolic profile in women with polycystic ovarian syndrome // Clin. Endocrinol. (Oxf.). 2011. Vol. 75, N 5. P. 698–703.
31. March W.A., Moore V.M., Willson K.J. et al. The prevalence of polycystic ovary syndrome in a community sample assessed under contrasting diagnostic criteria // Hum. Reprod. 2010. Vol. 25, N 2. P. 544–551.
32. Milsom S.R., Nair S.M., Ogilvie C.M. et al. Polycystic ovary syndrome and depression in New Zealand adolescents // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. 2013. Vol. 26, N 3. P. 142–147.
33. Moran C., Arriaga M., Rodriguez G., Moran S. Obesity differentially affects phenotypes of polycystic ovary syndrome // Int. J. Endocrinol. 2012. Article ID 317241, 7 p. http://dx.doi.org/10.1155/2012/317241
34. Moran C., Tena G., Moran S. et al. Prevalence of polycystic ovary syndrome and related disorders in Mexican women // Gynecol. Obstet. Invest. 2010. Vol. 69, N 4. P. 274–280.
35. Morgan J., McCluskey S.E., Brunton J.N. et al. Polycystic ovarian morphology and bulimia nervosa: a 9-year follow-up study // Fertil. Steril. 2002. Vol. 77, N 5. P. 928–931.
36. Morgan J., Scholtz S., Lacey H., Conway G. The prevalence of eating disorders in women with facial hirsutism: an epidemiological cohort study // Int. J. Eat. Disord. 2008. Vol. 41, N 5. P. 427–431.
37. 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. 1996. Vol. 30, Suppl. P. 38–43.
38. Sheehan D.V., Lecrubier Y., Sheehan K.H. 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. 22–33; quiz 34–57.
39. Simon G.E., Simon G.E., Goldberg D., Tiemens B.G., Ustün T.B.

- et al. Outcomes of recognized and unrecognized depression in an international primary care study // *Gen. Hosp. Psychiatry*. 1999. Vol. 21, N 2. P. 97–105.
40. 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.
41. Toulis K.A., Goulis D.G., Mintzioti G. 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.
42. World Health Organization, Regional Office for Europe Wellbeing measures in primary health care: the Depcare Project. Report on a WHO Meeting, Stockholm, 1998.
43. Zigmund A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // *Acta Psychiatr. Scand*. 1983. Vol. 67, N 6. P. 361–370.

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Т.В. Довженко, Н.А. Ильина, Е.Э. Гродницкая, О.А. Латышкевич, М.А. Курцер, Г.А. Мельниченко

Данная статья посвящена актуальной проблеме распространенности тревожных и депрессивных расстройств у женщин с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ), качества их жизни, при учете фенотипов СПКЯ. Определены возможные взаимосвязи показателей тревоги, депрессии, качества жизни с результатами лабораторно-инструментального обследования.

Обследованы 74 женщины репродуктивного возраста с верифицированным диагнозом СПКЯ. Проведено комплексное клинико-психопатологическое исследование с использованием краткого международного нейропсихиатрического опросника MINI-6, госпитальной

шкалы тревоги и депрессии HADS и индекса общего (хорошего) самочувствия/ВОЗ (вариант 1999 г.) WHO-5, а также клинико-лабораторно-инструментальное обследование. Результаты исследования свидетельствуют о значительной частоте депрессивных (41,89%) и тревожных (24,32%) нарушений при СПКЯ (MINI-6). Представляют интерес данные о распространенности тревоги в группах пациенток с различными фенотипами СПКЯ. Подтверждено негативное влияние СПКЯ на качество жизни пациенток.

Ключевые слова: тревога, депрессия, качество жизни, синдром поликистозных яичников, фенотипы, гормоны, индекс массы тела.

ANXIETY AND DEPRESSION IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME

T.V. Dovzhenko, N.A. Ilyina, E.E. Grodnitskaya, O.A. Latyshkevich, M.A. Kurtser, G.A. Melnichenko

The article is devoted to the timely problem of anxiety and depression prevalence in women with polycystic ovary syndrome (PCOS), their quality of life, taking into account the PCOS phenotypes. The possible interrelations of the anxiety, depression, quality of life scores and the results of laboratory and instrumental examination are identified.

The study included 74 women of reproductive age with a verified diagnosis of PCOS. A clinical, laboratory and instrumental assessment and a complex clinical and psychopathological study (including brief International Neuropsychiatric

Interview MINI-6, Hospital Anxiety and Depression Scale HADS, and WHO Well-being Index (version 1999) WHO-5) were conducted. The findings give evidence of high frequency of depressive (41.89%) and anxiety (24.32%) disorders in women with PCOS (MINI-6). The data on the prevalence of anxiety in groups of patients with different phenotypes of PCOS seem intriguing. The negative impact of PCOS on quality of life of patients was confirmed.

Key words: anxiety, depression, quality of life, polycystic ovary syndrome, phenotypes, hormones, body mass index.

Довженко Татьяна Викторовна – профессор, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России; e-mail: dtv99@mail.ru

Ильина Надежда Алексеевна – аспирант Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Гродницкая Елена Эдуардовна – кандидат медицинских наук, врач акушер-гинеколог отделения планирования семьи ГБУЗ «Центр планирования семьи и репродукции» Департамента здравоохранения г.Москвы; e-mail: elena1778@mail.ru

Латышкевич Олег Александрович – главный врач ГБУЗ «Центр планирования семьи и репродукции» Департамента здравоохранения города Москвы

Курцер Марк Аркадьевич – профессор, доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Мельниченко Галина Афанасьевна – профессор, доктор медицинских наук, академик РАН, директор института клинической эндокринологии ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России