

## ПРОБЛЕМА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Т.В. Довженко<sup>1</sup>, Н.А. Ильина<sup>1</sup>, Е.Э. Гродницкая<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России,

<sup>2</sup>ГБУЗ города Москвы «Центр планирования семьи и репродукции Департамента здравоохранения города Москвы»

Актуальность изучения психических нарушений при синдроме поликистозных яичников (СПКЯ) определяется широкой распространенностью этого заболевания у женщин репродуктивного возраста, составляющей по результатам различных исследований 6–18% [41, 46, 55, 56], а также имеющимся данными о более высоком, чем у женщин без этой патологии, риске развития тревожных и депрессивных расстройств [15, 23, 24, 56, 58]. Кроме того, СПКЯ является одной из основных причин бесплодия, ассоциирован с повышением риска развития рака эндометрия, метаболических нарушений, которые в свою очередь могут являться факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний [25, 60, 61].

СПКЯ впервые описан в 1935 году I.Stain и M.Levental [57] на примере женщин с аменореей, гирсутизмом, увеличенными яичниками мультифолликулярной структуры. Диагностика СПКЯ основывается на клинических проявлениях в комбинации с данными гормональных и ультразвуковых методов исследования. Избыток андрогенов представляется основным звеном патогенеза данного заболевания. В то же время единое мнение о критериях постановки диагноза СПКЯ не сформировано. Это связано с субъективностью методов оценок симптомов, отсутствием четких корреляций между степенью выраженности этих симптомов и уровнем андрогемии, а также с низкой чувствительностью методов определения тестостерона в нижнем диапазоне его значений, доступных в широкой клинической практике.

Попытки сближения точек зрения по критериям диагностики СПКЯ предпринимались неоднократно, в том числе на международной конференции Национального института здоровья (НИН) в 1990 году в Бетесде (США), где были разработаны дефиниция и диагностические критерии заболевания, применявшиеся на протяжении более 10 лет [62].

Согласно консенсусу, сформулированному экспертной группой Европейского общества репродук-

ции и эмбриологии человека (ESHRE) и Американского общества репродуктивной медицины (ASRM) в 2003 году в Роттердаме (Нидерланды) [59], диагноз СПКЯ может быть установлен при наличии по меньшей мере двух из трех обязательных критериев: овариальная дисфункция, гиперандрогения (клиническая и/или биохимическая) и эхографические признаки поликистоза яичников. Вследствие этого выделяют четыре фенотипа заболевания: один классический фенотип, удовлетворяющий всем трем параметрам, и три неполных фенотипа, клиническая картина которых определяется двумя различными признаками. Согласно критериям, принятым Обществом по изучению гиперандрогений и СПКЯ (AE-PCOS Society) в 2006 году [14], наличие гиперандрогении является обязательным для верификации диагноза. Следует учесть, что перечисленные выше классификации критериев СПКЯ (НИН, ESHRE/ASRM, AE-PCOS Society) предполагают исключение других заболеваний, имеющих похожие клинические проявления.

В то же время остается без ответа вопрос, является ли гиперандрогения единственной причиной психических нарушений при СПКЯ, или они возникают под влиянием других биологических, психологических, социальных факторов.

В соответствии с концепцией М.Блейлера [1], хронически протекающие эндокринные расстройства обуславливают развитие специфических нарушений, проявляющихся снижением психической и физической активности, повышенной утомляемостью, расстройствами настроения и влечений.

На протяжении десятилетий проводились исследования, позволившие выявить взаимосвязь между дисбалансом половых гормонов и психическим состоянием пациентов.

Результаты ряда работ подтверждают участие половых гормонов в регуляции аффективной сферы [6]. Снижение уровня эстрогенов ассоциировано с более высоким уровнем депрессии у женщин, что

подтверждает эффективность применения этих гормонов в терапии депрессий послеродового и перименопаузального периодов [27].

Имеются данные о роли половых гормонов в формировании более тяжелых форм течения расстройств шизофренического спектра [9, 26, 37, 39].

Первые работы по исследованию психического состояния пациенток с СПКЯ относятся к 90-м годам XX века [21, 37]. В работе W.Bruse-Jones и соавт. [21] высказано предположение, что нарушение метаболизма моноаминов может лежать в основе как СПКЯ, так и сопутствующих ему психических расстройств.

В настоящее время многие исследователи рассматривают СПКЯ не только как крайне распространенное хроническое эндокринное расстройство, но и как гетерогенное состояние с репродуктивными, метаболическими и психологическими проявлениями [55]. Большинство исследователей придерживаются точки зрения, согласно которой причины возникновения депрессий у пациенток с СПКЯ не ограничиваются их психологическими и социальными проблемами, а включают общие биологические, в частности, эндокринные механизмы развития.

Все сказанное выше определяет необходимость полипрофессионального (мультидисциплинарного) подхода к изучению СПКЯ [5, 20, 21, 29, 58].

### **Психические нарушения при СПКЯ. Депрессивные и тревожные расстройства**

Проблема психических расстройств при СПКЯ на сегодняшний день остается недостаточно изученной. В западной литературе в последнее десятилетие опубликовано лишь небольшое число работ по этой теме. В отечественной литературе имеются единичные исследования, посвященные лишь психологическим аспектам СПКЯ [10].

Основная часть исследований психической патологии пациенток с СПКЯ посвящена изучению распространенности расстройств аффективного спектра, причем большинство авторов приводят доказательства большей подверженности пациенток с СПКЯ расстройствам тревожного и депрессивного спектров по сравнению с пациентками без этого синдрома.

По данным ряда исследований [19, 30, 35], распространенность депрессий у пациенток с СПКЯ составляет от 20,5 до 40,0%.

Столь значительные различия полученных данных можно объяснить использованием самоопросников, шкал, заполняемых самими пациентками. Наиболее часто авторы использовали опросник здоровья пациента (PRIME-MD PHQ), госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS), шкалу депрессии Бека (BDI), 12-пунктный опросник качества жизни (SF-12).

Признаки клинически значимой депрессии выявлялись у 16,7–20,5%, клинически значимой тревоги – у 34,2% участниц исследований, а у 15,4% женщин с СПКЯ имелись одновременно выраженные симптомы депрессии и тревоги [19, 35]. Следует также

отметить, что 23,5–33,3% женщин до проведения исследования или во время него обращались к психотерапевту, принимали антидепрессанты.

Аналогичные результаты получены в исследовании J.H.Hung и соавт. в 2014 году [31], проведенном на Тайване. В группе пациенток с СПКЯ депрессия диагностировалась в 41,0%, а тревога в 28,0% наблюдений, что существенно превышало показатели контрольной группы. Коэффициент риска (HR) депрессии составил 1,296, 95% доверительный интервал 1084–1550, тревоги – 1392, 95% доверительный интервал 1121–1729.

Представляет интерес исследование S.Moran и соавт. [45], результаты которого свидетельствуют, что у пациенток с СПКЯ, независимо от его фенотипа (полный или неполный), по данным HADS выявляется более высокий уровень тревоги ( $P=0,007$ ) и депрессии ( $P=0,048$ ) в сравнении с женщинами без СПКЯ. Все принимавшие участие в исследовании женщины имели избыточную массу тела ( $ИМТ \geq 25 \text{ кг/м}^2$ ).

Обращают на себя внимание результаты исследования [58] по изучению влияния нереализованного желания иметь ребенка на психологическое функционирование женщин с СПКЯ. Полученные данные позволили выявить отсутствие четкой связи между репродуктивной функцией и эмоциональным состоянием. При этом признаки клинически значимой депрессии отмечались в значительном числе (49,1%) наблюдений. Таким образом, можно предположить, что в развитии депрессивных расстройств при СПКЯ, наряду с психологическим дистрессом, связанным с невозможностью забеременеть и родить ребенка, значительную роль играют другие, в том числе биологические факторы.

Мета-анализ четырех работ, посвященных изучению распространенности тревоги у больных СПКЯ [24], продемонстрировал, что симптомы генерализованной тревоги выявлены у 20,4% пациенток с СПКЯ по сравнению с 3,9% в группе контроля. Полученные результаты согласуются с данными о широкой распространенности постоянных форм тревоги, в частности генерализованного тревожного расстройства, у больных с различными формами соматической патологии [2], и свидетельствует о необходимости обязательного включения методов оценки тревоги в скрининговые программы для обследования пациенток с СПКЯ.

Имеющиеся в литературе данные о связи СПКЯ и биполярного аффективного расстройства (БАР) являются противоречивыми [31, 56]. В работе, проведенной J.H.Hung и соавт. [31], не выявлено статистически значимой взаимосвязи СПКЯ и БАР. В то же время результаты исследования S.M.Sirmans и соавт. [56] показали, что у пациенток с СПКЯ с большей вероятностью диагностировались не только депрессивное (OR, 2.22; 95% доверительный интервал 1.94–2.54), тревожное (OR, 1.76; 95% доверительный

интервал 1.53–2.04), но и биполярное расстройство (OR, 1.94; 95% доверительный интервал, 1.55–2.44).

Проблема терапии аффективных расстройств при СПКЯ на сегодняшний день практически не исследована [63]. Изучалось влияние флуоксетина и сибутрамина на изменения, главным образом, физиологических показателей.

### **Психические нарушения при СПКЯ. Расстройства приема пищи**

Интерес к данной группе расстройств при СПКЯ связан с большой частотой выявления СПКЯ у пациенток, страдающих расстройствами приема пищи [12, 47, 48, 53]. Получены данные о том, что на фоне лечения расстройства приема пищи отмечается отчетливая тенденция к нормализации морфологии яичников [29, 47], в то время как при отсутствии положительной динамики в психическом состоянии пациенток не выявляется и позитивных сдвигов в морфологической структуре яичников.

Результаты нескольких исследований свидетельствуют о большей распространенности расстройств приема пищи среди пациенток с СПКЯ как в сравнении со здоровыми женщинами, так и с пациентками с эндокринопатиями [42, 48].

Противоположные результаты получены в исследовании K.F.Michelmogre и соавт. [43], в котором принимали участие 230 женщин, 30,0% из которых имели расстройства приема пищи, а 4,0% использовали экстремальные методы контроля массы тела. По данным авторов диагноза нарушения пищевого поведения не коррелировали с наличием у пациенток СПКЯ.

Для изучения механизмов возникновения расстройств приема пищи у пациенток с СПКЯ было проведено обследование пар монозиготных и dizиготных близнецов с использованием теста для выявления булимии – Эдинбург (BITE) [32]. При сравнении пациенток, у которых диагноз СПКЯ был установлен по клиническим данным, со здоровыми женщинами, установлено, что средние баллы BITE были выше у пациенток с СПКЯ в сравнении со здоровыми женщинами ( $p < 0,005$ ). При учете биохимических показателей и результатов ультразвукового исследования, однако, значимых различий между подгруппами обнаружено не было. Расстройства приема пищи положительно коррелировали с ИМТ, наличием акне ( $p < 0,0001$ ) и аменореей ( $p < 0,001$ ). Значимых различий по коморбидности между подгруппами монозиготных и dizиготных близнецов обнаружено не было, что позволило авторам сделать вывод о значимости не только генетических, но и внешних бытовых факторов, воспитания в развитии расстройств приема пищи.

### **Психические нарушения при СПКЯ. Расстройства сексуальной сферы**

Большое внимание исследователи СПКЯ уделяют изучению особенностей сексуальной сферы

у этой категории пациенток. В значительной степени этот интерес связан с тем, что клиническими симптомами СПКЯ являются гирсутизм, андрогенная алопеция, повышенная сальность кожи, угревая сыпь, себорея, склонность к набору веса, влияющие на внешность женщины, сочетающимися с нарушениями гормонального профиля. В то же время, имеющиеся по этой проблеме данные не являются однозначными.

В соответствии с результатами исследования C.L.Benetti-Pinto и соавт. [18], женщины с СПКЯ демонстрируют худшие показатели индекса женской сексуальной функции (FSFI), особенно в вопросах возбуждения, выделения влагалищной слизи и болевых ощущений. По показателям оргазма, сексуального влечения различий выявлено не было. Связи между нарушением сексуальной функции и ИМТ также выявлено не было.

Исследование S.Hashemi и соавт. [28] замужних женщин детородного возраста (18–45 лет) с верифицированным диагнозом СПКЯ, при проведении которого при оценке сексуальной функции учитывались анамнестические данные, репродуктивный статус, индекс женской сексуальной функции (FSFI), показало, что нарушение сексуальной функции у пациенток с СПКЯ ассоциировано с бесплодием и выпадением волос. Пациентки с ассоциированным с СПКЯ бесплодием, имели более выраженные нарушения сексуальной сферы.

Вызывает несомненный интерес исследование F.Nasiri Amiri и соавт. [50], продемонстрировавшее, что женщины с СПКЯ испытывают трудности с «восприятием себя женственными». Авторы при помощи метода полуструктурированного интервью обследовали женщин репродуктивного возраста с верифицированным диагнозом СПКЯ. Выявлено, что женщины с СПКЯ в большей степени воспринимали себя физически непривлекательными, недостаточно женственными, имеющими неполноценную сексуальную жизнь и неопределенную возможность забеременеть. Эти переживания были связаны с такими симптомами СПКЯ, как избыточное оволосение, нерегулярные менструации или их отсутствие, избыточная масса тела, бесплодие.

Противоположные результаты получены в работе E.Morotti и соавт. [49]. Проведено сравнение группы пациенток с верифицированным диагнозом СПКЯ и группы здоровых женщин, не имевших признаков гирсутизма. Различий между двумя группами по показателям индекса пульсации внутренней срамной артерии и размера клитора обнаружено не было. Кроме того, обе группы пациенток имели близкие средние результаты по двухфакторному женскому сексологическому опроснику Mc Coy (MFSQ), Стандардской шкале оценки телосложения (FRS) и шкале депрессии Бека (BDI).

## **Психические нарушения при СПКЯ. Личностные расстройства и психологические особенности**

В научной литературе можно найти небольшое число работ, посвященных изучению личностных особенностей женщин с СПКЯ.

M.Sahingöz и соавт. [54] обследовали пациенток с СПКЯ и здоровых женщин группы контроля. На основании анализа структурированных клинических интервью обследуемым выставлялись диагнозы по I и II осям DSM-IV. В группе с СПКЯ у 28,8% женщин диагностировалось как минимум 1 расстройство по I оси (наиболее часто социальная фобия и генерализованное тревожное расстройство), у 23,3% – как минимум 1 расстройство по II оси. Самым распространенным расстройством по II оси DSM-IV являлось тревожное личностное расстройство, диагностированное в 12,3% наблюдений.

По данным R.Kowalczyk и соавт.[38], пациентки с СПКЯ испытывают трудности с психологической половой самоидентификацией. С использованием опросника общего здоровья (GHQ 12), шкалы оценки гирсутизма Ферримана-Голлвея (FG) и методики определения психологического пола (PGI) были обследованы женщины с СПКЯ, разделенные на две группы по возрасту, и стратифицированная по возрасту группа 45 здоровых женщин. Установлено, что женщины из группы СПКЯ старше 30 лет в сравнении с группой контроля чаще имели проблемы с сексуальным самоопределением (31,0% против 6,7%,  $p < 0,01$ ), реже ассоциировали себя с женскими (18,0% против 33,3%) и чаще с андрогенными полоролевыми паттернами (50,0% против 40,9%).

В единственном на сегодняшний день опубликованном российском исследовании [10], посвященном биологическим и психологическим аспектам СПКЯ, были обследованы женщины с верифицированным диагнозом СПКЯ, разделенные по 4 роттердамским фенотипам, и сопоставимая группа контроля. С помощью опросников Басса-Дарки, стиля саморегуляции поведения, стратегий преодоления стрессовых ситуаций изучались уровень негативизма – оппозиционной манеры поведения, уровень враждебности, степень выраженности импульсивных действий, уровень самостоятельности, уровень ассертивных действий и уровень осторожности. Полученные результаты исследования, оказались противоречивыми и не позволили сделать однозначные выводы.

### **Качество жизни пациенток с синдромом поликистозных яичников**

Большинство исследований по проблеме СПКЯ посвящены изучению объективных клинических проявлений, биохимических показателей и практически не рассматривают личные переживания и ощущения пациенток [51]. Невозможность зачатия и рождения ребенка представляются психологически

травмирующими, в то же время типичные физические проявления СПКЯ (гирсутизм, андрогенная алопеция, повышенная сальность кожи, угревая сыпь, себорея, склонность к набору веса) также негативно влияют на самооценку и социальное функционирование. На благополучие женщин негативно влияет также необходимость многолетнего наблюдения у специалистов, приема поддерживающей терапии. Установлено [18, 22, 34, 58], что женщины с СПКЯ, в сравнении со здоровыми, имеют более низкий уровень качества жизни, связанного с состоянием здоровья. Сообщается о связи качества жизни пациенток с СПКЯ с ощущением психологического благополучия, оценкой окружения и самовосприятием [18].

Среди наиболее часто упоминаемых пациентками жалоб выявляются беспокойство по поводу перспективы бездетного будущего, недостаточное «ощущение себя женщиной», снижение настроения, тревога, страхи, чувство разочарования, замкнутость, низкая самооценка и чувство стыда, трудности концентрации внимания и принятия решений, нарушения межличностных взаимодействий, сужение социальных контактов, а также избыточная масса тела, гирсутизм и негативная оценка окружающими этих проявлений СПКЯ [17, 50, 58].

Получены данные [46], что женщины с классической, более тяжелой формой СПКЯ (полный фенотип), демонстрируют более низкие показатели качества жизни, ассоциированные с бесплодием, повышенной массой тела и эмоциональными нарушениями.

Несомненный интерес представляют результаты обследования пациенток с СПКЯ и другими хроническими заболеваниями [22]. Согласно опубликованным данным, больные с СПКЯ демонстрировали лучшие показатели качества жизни, связанного с физическим здоровьем, в сравнении с показателями пациентов с бронхиальной астмой, эпилепсией, сахарным диабетом, ревматоидным артритом и коронарной недостаточностью. В то же время, показатели качества жизни, связанные с психическим здоровьем, были в группе СПКЯ хуже.

### **Метаболические и гормональные нарушения при СПКЯ и их связь с психическими расстройствами**

Большой интерес представляют работы, посвященные взаимосвязи биологических и психических проявлений СПКЯ, поиску факторов риска возникновения последних. Наибольшее число исследований направлено на изучение взаимосвязи СПКЯ и метаболических нарушений, главным образом инсулинорезистентности и повышения индекса массы тела (ИМТ). Следует, впрочем, отметить, что опубликованные по этому вопросу данные весьма противоречивы.

В исследованиях S.R.Milsom и соавт. [44] и E.Adali и соавт. [11] установлена положительная корреляция между показателями ИМТ и частоты выявления и

выраженности депрессии у пациенток с СПКЯ. Эти данные подтверждаются результатами мета-анализа, проведенного J.A.Barry и соавт. [16], оценивавшего распространенность депрессии и тревоги у женщин с СПКЯ, в сравнении со здоровыми, и продемонстрировавшего уменьшение различий между группами при учете поправки на ИМТ.

В то же время S.Benson и соавт. [20] не удалось выявить связи между ИМТ и баллами по шкале депрессии Бека (BDI). Аналогичные результаты были получены в результате мета-анализа A.Dokras и соавт. [24].

Представляют интерес результаты исследования H.Komarowska и соавт. [36]. Авторы утверждают, что женщинам с ИМТ менее 25 кг/м<sup>2</sup>, по сравнению с группой пациенток с избыточной массой тела, свойственны ассоциированные с более низкой устойчивостью к стрессу личностные черты, а также более высокий уровень АКТГ в крови.

Работы, посвященные изучению связи отдельных гормональных показателей и психического состояния пациенток с СПКЯ немногочисленны и еще более противоречивы. В работе В.В.Аппагүр и соавт. [13] приведены результаты, свидетельствующие, что среди женщин с СПКЯ у пациенток с большим депрессивным расстройством, в сравнении с женщинами без выявленной психической патологии, наблюдались более высокие показатели 17-гидроксипрогестерона и дегидроэпиандростерона, в то время как группа генерализованного тревожного расстройства демонстрировала только повышенный уровень дегидроэпиандростерона.

В исследовании E.Jedel и соавт. [33] сообщалось, что пациентки с клинически значимыми депрессивными симптомами имели более низкие показатели концентрации тестостерона, свободного тестостерона и андростен-3 $\alpha$ 17 $\beta$ -диол-3-глюкуронида, чем женщины без клинически значимых депрессивных проявлений. Связь проявлений тревоги с гормональным профилем не была установлена.

Противоположные данные получены в исследовании L.M.Pastore и соавт. [52]. После поправки на ИМТ и неудовлетворенность обследованных своей внешностью авторами не было выявлено связи между выраженностью депрессивной симптоматики и уровнем тестостерона или свободного тестостерона плазмы.

По данным S.Livadas и соавт. [40], независимо от возраста и ИМТ, пациентки с СПКЯ и высокими

показателями реактивной тревоги имели повышенные значения индекса инсулинорезистентности НОМА-IR и свободного тестостерона, а пациентки с высоким уровнем личностной тревоги демонстрировали существенно повышенный индекс НОМА-IR.

### Заключение

Представленные в обзоре данные свидетельствуют о безусловной медицинской и социальной значимости изучения СПКЯ. СПКЯ является широко распространенным заболеванием, ассоциирован с бесплодием, риском развития кардиометаболических нарушений, диабета II типа, онкологии. Подтверждена также связь проявлений СПКЯ с риском развития целого ряда психических расстройств. Все изложенные результаты подтверждают точку зрения, что СПКЯ является не только эндокринным расстройством, в основе которого лежит гиперандрогения, но гетерогенным состоянием с репродуктивными, метаболическими, психическими проявлениями. В то же время проблема патогенеза, диагностики, лечения синдрома поликистозных яичников и сопутствующих ему психических расстройств в настоящее время остается недостаточно исследованной. Решение этой проблемы требует применения мультидисциплинарного подхода.

Безусловно актуальным является решение задачи оказания адекватной психолого-психиатрической помощи пациенткам с СПКЯ. Большая категория сохраняющих социальную и трудовую активность пациентов с психическими расстройствами не склонна самостоятельно обращаться за психиатрической помощью, что связано с незначительной выраженностью симптоматики или с опасениями стигматизации [4]. Значительная распространенность психических нарушений у больных СПКЯ женщин в условиях перехода психиатрической помощи от преимущественно медицинской к биопсихосоциальной модели [3, 7] определяет целесообразность введения обязательного комплексного обследования данной категории пациенток с целью раннего выявления сопутствующих соматических и психических расстройств. Реализации этой задачи способствует имеющийся в нашей стране успешный опыт внедрения программ взаимодействия врачей-психиатров и врачей первичного звена здравоохранения [7, 8], позволяющий своевременно диагностировать, предотвращать неблагоприятное течение непсихотических психических расстройств.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Белкин А.И., Блейлер М. (при участии Р.Гесс). Эндокринологическая психиатрия. Штуттгарт, 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. Тревожные расстройства: их систематика, диагностика и фармакотерапия // Русский медицинский журнал. 2006. Т. 14, № 4. С. 328–332.
3. Васюк Ю.А., Довженко Т.В., Школьник Е.Л., Ющук Е.Н. Депрессивные и тревожные расстройства в кардиологии. М.: Анахарсис, 2009. 200 с.
4. Вертоградова О.П., Поляков С.Э., Довженко Т.В. и соавт. Структура пограничных расстройств депрессивного спектра // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1992. Т. 92, № 1. С. 103–105.
5. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. (Ред.). Синдром поликистозных яичников. М.: МИА, 2007. С. 84–94.
6. Железнова Е.В., Калинин В.В. Роль половых гормонов в разви-

- тии аффективных расстройств при эпилепсии у женщин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2012. Т. 112, № 6. С. 49–57.
7. Краснов В.Н., Гурович И.Я. Важные направления перемен в оказании психиатрической помощи // Современные медицинские технологии. 2010. № 4. С. 38–39.
  8. Краснов В.Н., Довженко Т.В., Бобров А.Е., Старостина Е.Г. Психиатрия в первичном звене здравоохранения: новое решение старой проблемы // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 4. С. 5–13.
  9. Матросова М.И., Горобец Л.Н. Роль половых гормонов в патофизиологии первого эпизода шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21, № 4. С. 31–33.
  10. Шереметьева Е.В. Метаболические риски и психологические особенности больных при различных фенотипах синдрома поликистозных яичников: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2012. 26 с.
  11. 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.* Vol. 36, N 6. P. 1188–1196.
  12. Algars M., Huang L., Von Holle A.F. et al. Binge eating and menstrual dysfunction // *J. Psychosom. Res.* 2014. Vol. 76, N 1. P. 19–22.
  13. 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.
  14. Azziz R., Carmina E., Dewailly D. et al. Androgen Excess Society. Positions statement: criteria for defining polycystic ovary syndrome as a predominantly hyperandrogenic syndrome: an Androgen Excess Society guideline // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2006. Vol. 91, N 11. P. 4237–4245.
  15. Barry J.A., Hardiman P.J., Saxby B.K., Kuczmierczyk A.J. Testosterone and mood dysfunction in women with polycystic ovarian syndrome compared to subfertile controls // *Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 2011. Vol. 32, N 2. P. 104–111.
  16. 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.
  17. Bazarganipour F., Ziaei S., Montazeri A. et al. Health-related quality of life and its relationship with clinical symptoms among Iranian patients with polycystic ovarian syndrome // *Iran. J. Reprod. Med.* 2013. Vol. 11, N 5. P. 371–378.
  18. 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.
  19. 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.
  20. Benson S., Janssen O.E., Hahn S. et al. Obesity, depression, and chronic low-grade inflammation in women with polycystic ovary syndrome // *Brain Behav. Immun.* 2008. Vol. 22, N 2. P. 177–184.
  21. Bruse-Jones W., Zolessi G., White P. Polycystic ovary syndrome and psychiatric morbidity // *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 1993. Vol. 14, N 2. P. 111–116.
  22. 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.
  23. Dokras A. Mood and anxiety disorders in women with PCOS // *Steroids.* 2012. Vol. 77, N 4. P. 338–341.
  24. 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.
  25. 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 // *Austr. Ovarian Cancer Study Group and Austr. National Endometrial Cancer Study Group. Cancer Causes Control.* 2010. Vol. 21, N 12. P. 2303–2308.
  26. Hafner H. Gender differences in schizophrenia // *Psychoneuroendocrinology.* 2003. Vol. 28, Suppl. 2. P. 17–54.
  27. Halbreich U., Kahn L.S. Role of estrogen in the aetiology and treatment of mood disorders // *CNS Drugs.* 2001. Vol. 15, N 10. P. 79–817.
  28. Hashemi S., Ramezani Tehrani F. et al. Association of PCOS and its clinical signs with sexual function among Iranian women affected by PCOS // *J. Sex. Med.* 2014 Jul. 4.
  29. Himelein M.J., Thatcher S.S. Polycystic ovary syndrome and mental health: A review // *Obstet. Gynec. Surv.* 2006. Vol. 61, N 11. P. 723–732.
  30. Hollinrake E., Abreu A., Maifeld M. et al. Increased risk of depressive disorders in women with polycystic ovary syndrome // *Fertil. Steril.* 2007. Vol. 87, N 6. P. 1369–1376.
  31. 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.
  32. Jahanfar Sh., Maleki H., Mosavi A.R. Subclinical eating disorder, polycystic ovary syndrome – is there any connection between these two conditions through leptin – a twin study // *Med. J. Malaysia.* 2005. Vol. 60, N 4. P. 441–446.
  33. Jedel E., Gustafson D., Waern M. et al. Sex steroids, insulin sensitivity and sympathetic nerve activity in relation to affective symptoms in women with polycystic ovary syndrome // *Psychoneuroendocrinology.* 2011. Vol. 36, N 10. P. 1470–1479.
  34. 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. Reproduction Update.* 2008. Vol. 14, N 1. P. 15–25.
  35. 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.
  36. 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.
  37. 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.
  38. Kowalczyk R., Skrzypulec V., Lew-Starowicz Z. et al. Psychological gender of patients with polycystic ovary syndrome // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2012. Vol. 91, N 6. P. 710–714.
  39. Kulkarni J. Oestrogen – a new treatment approach for schizophrenia? // *Med. J. Aust.* 2009. Vol. 190, N 4. P. 37–38.
  40. Livadas S., Chaskou S., Kandaraki A.A. 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.
  41. 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.
  42. McCluskey S., Evans C., Lacey J.H. et al. Polycystic ovary syndrome and bulimia // *Fertil. Steril.* 1991. Vol. 55. P. 287–291.
  43. Michelmore K.F., Balen A.H., Dunger D.B. Polycystic ovaries and eating disorders: Are they related? // *Hum. Reprod.* 2001. Vol. 16, N 4. P. 765–769.
  44. 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.
  45. Moran C., Arriaga M., Rodriguez G., Moran S. Obesity differentially affects phenotypes of polycystic ovary syndrome // *Int. J. Endocrinol.* 2012. Vol. 2012. Article ID 317241, 7 p. <http://dx.doi.org/10.1155/2012/317241>
  46. 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.
  47. 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.
  48. 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.
  49. Morotti E., Persico N., Battaglia B. et al. Body imaging and sexual behavior in lean women with polycystic ovary syndrome // *J. Sex. Med.* 2013. Vol. 10, N 11. P. 2752–2760.
  50. Nasiri Amiri F., Ramezani Tehrani F., Simbar M. et al. Female gender scheme is disturbed by polycystic ovary syndrome: A qualitative study from Iran // *J. Iran. Red. Crescent Med. J.* 2014.
  51. Nasiri Amiri F., Ramezani Tehrani F., Simbar M. et al. The experience of women affected by polycystic ovary syndrome: A qualitative study from Iran // *Int. J. Endocrinol. Metab.* 2014.
  52. Pastore L.M., Patrie J.T., Morris W.L. et al. Depression symptoms and body dissatisfaction association among polycystic ovary syndrome women // *J. Psychosom. Res.* 2011. Vol. 71, N 4. P. 270–276.
  53. Raphael F.J., Rodin D.A., Peattie A. et al. Ovarian morphology and insulin sensitivity in women with bulimia nervosa // *Clin. Endocrinol. (Oxf).* 1995. Vol. 43, N 4. P. 451–455.
  54. Sahingöz M., Uguz F., Gezgin K., Korucu D.G. Axis I and Axis II diagnoses in women with PCOS // *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2013. Vol. 35, N 5. P. 508–511.
  55. 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.

56. Sirmans S.M., Parish R.C., Blake S., Wang X. Epidemiology and comorbidities of polycystic ovary syndrome in an indigent population // *Investig. Med.* 2014. Vol. 62, N 6. P. 868–874.
57. Stein I.L., Leventhal M.L. Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1935. Vol. 29. P. 181–191.
58. Tan S., Hahn S., Benson S. et al. Psychological implications of infertility in women with polycystic ovary syndrome // *Hum. Reprod.* 2008. Vol. 23, N 9. P. 2064–2071.
59. 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.
60. 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.
61. Wild R.A., Carmina E., Diamanti-Kandarakis E. 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.
62. Zawadzki J.K., Dunaif A. Diagnostic criteria for polycystic ovary syndrome: towards a rational approach // *Polycystic Ovary Syndrome / A. Dunaif, J.R. Givens, F.P. Haseltine, G.R. Merriam (Eds.). Boston: Blackwell Scientific Publications, 1992. P. 377–384.*
63. Zhuang J., Wang X., Xu L. et al. Antidepressants for polycystic ovary syndrome // *Coch. Database Syst. Rev.* 2013 May 31.

## ПРОБЛЕМА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

**Т.В. Довженко, Н.А. Ильина, Е.Э. Гродницкая**

Статья содержит анализ данных литературы, посвященных изучению частоты выявления, клинической картины, структуры психических нарушений различной степени выраженности при синдроме поликистозных яичников. Приводятся результаты исследований, главным образом, зарубежных авторов, свидетельствующие о большем риске возникновения психических расстройств (депрессивных, тревожных, сексуальных, расстройств приема пищи и др.) у пациен-

ток с СПКЯ по сравнению со здоровыми женщинами. Имеющиеся данные позволяют рассматривать СПКЯ не только как эндокринное расстройство, в основе которого лежит гиперандрогения, но и как гетерогенное состояние с репродуктивными, метаболическими, психическими проявлениями.

**Ключевые слова:** психические нарушения, синдром поликистозных яичников, депрессия, тревога, булимия, качество жизни.

## MENTAL DISORDERS IN PERSONS WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME

**T.V. Dovzhenko, N.A. Ilyina, E.E. Grodnitskaya**

This article provides an analysis of literary data concerning prevalence, clinical picture and structure of mental disorders and their severity in patients with polycystic ovary syndrome (PCOS). The review is based mostly on foreign sources and indicates a higher risk of mental disorders (depressive, anxiety, sexual, eating disorders) in women with PCOS, in comparison

with healthy controls. Current data offer a perspective of PCOS as not exclusively endocrinological disorders caused by hyperandrogenemia but as a heterogenic condition with reproductive, metabolic and mental features.

**Key words:** mental disorders, polycystic ovary syndrome, depression, anxiety, bulimia, quality of life.

---

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

**Ильина Надежда Алексеевна** – аспирант Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России

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