

Психосоматические корреляции у психически больных и психически здоровых женщин с бесплодием

Николаевская А.О.¹, Тювина Н.А.², Морозова В.Д.², Кеслер Е.П.²

¹ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск;
²кафедра психиатрии и наркологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва
¹Россия, 305041, Курск, ул. К. Маркса, 3; ²Россия, 119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 9

Вопросы влияния психического состояния женщин на их репродуктивную функцию недостаточно изучены и нуждаются в дополнительных исследованиях.

Цель исследования — сравнительная оценка отдельных показателей менструально-генеративной функции у психически здоровых и психически больных женщин с бесплодием.

Материал и методы. Обследовано 348 женщин в возрасте от 21 года до 40 лет с первичным и вторичным бесплодием, 120 из которых до проведения настоящего исследования лечились по поводу психического расстройства в психиатрическом стационаре. Состояние пациенток оценивали клиническим методом с использованием специально разработанной карты-опросника.

Результаты. Репродуктивная функция пациенток в анализируемых группах значительно различается по ряду показателей. Для психически больных женщин с первичным бесплодием характерны: более поздний возраст начала менструаций, скудные или обильные менструальные выделения ($p < 0,05$), их нерегулярность или отсутствие на период обострения заболевания, неадекватная эмоциональная реакция на менархе ($p < 0,05$), нерегулярность половой жизни и неудовлетворенность ею ($p < 0,01$). Спонтанные выкидыши и мертворождения чаще отмечались у психически больных женщин, особенно с эндогенными заболеваниями (шизофрения, аффективные расстройства), а аборт и гинекологические операции — у психически здоровых ($p < 0,001$). Предикторами бесплодия со стороны психического здоровья являются: раннее начало и хроническое течение психического расстройства, тяжесть и длительность обострения болезни, короткие и неполные ремиссии, формирование изменений личности или дефекта (шизофренического) в результате психического заболевания.

Заключение. Менструальная и репродуктивная функции женщин зависят от их психического состояния. У женщин с психическими расстройствами нарушение менструальной функции наряду с психопатологическими симптомами заболеваний (снижение сексуального влечения, общения, анестезия чувств), снижением социальной и семейной адаптации ведет к нарушению детородной функции.

Ключевые слова: первичное бесплодие; вторичное бесплодие; идиопатическое бесплодие; психические расстройства; менструальная функция; репродуктивная функция.

Контакты: Ангелина Олеговна Николаевская; nikolaevskayaao@kursksmu.net

Для ссылки: Николаевская АО, Тювина НА, Морозова ВД, Кеслер ЕП. Психосоматические корреляции у психически больных и психически здоровых женщин с бесплодием. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2023;15(4):45–52. DOI: 10.14412/2074-2711-2023-4-45-52

Psychosomatic correlations in mentally ill and mentally healthy women with infertility

Nikolaevskaya A.O.¹, Tyuvina N.A.², Morozova V.D.², Kesler E.P.²

¹Kursk State Medical University, Ministry of Health of Russia, Kursk; ²Department of Psychiatry and Narcology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia (Sechenov University), Moscow
¹3, K. Marksa St., Kursk 305041, Russia; ²11, Rossolimo St., Build. 9, Moscow 119021, Russia

The issue of the influence of women's mental state on their reproductive function has not been adequately addressed and requires further research.

Objective: a comparative evaluation of individual indicators of menstrual and reproductive function in mentally healthy and mentally ill women with infertility.

Material and methods. We studied 348 women aged 21 to 40 years with primary and secondary infertility, 120 of whom had been treated for a mental disorder in a psychiatric hospital prior to the present study. The patients' condition was assessed by a clinical method using a specially designed questionnaire card.

Results. Reproductive function of patients in the studied groups differed significantly in several indicators. Mentally ill women with primary infertility are characterized by the following features: later onset of menstruation, scanty or heavy menstrual flow ($p < 0.05$), irregularity or absence of menstruation during the period of exacerbation of the disease, insufficient emotional response to menarche ($p < 0.05$), irregularity of sexual life and dissatisfaction with it ($p < 0.01$). Spontaneous miscarriages and stillbirth occurred more frequently in mentally ill women, especially in women with endogenous disorders (schizophrenia, affective disorders), while abortions and gynecological surgeries were more frequent

in mentally healthy women ($p < 0.001$). Predictors of infertility on the part of mental health are the early onset and chronic course of a mental disorder, the severity and duration of an exacerbation of the illness, brief and incomplete remissions, the development of personality changes or a defect (schizophrenic) as a result of a mental illness.

Conclusion. Menstrual and reproductive functions of women depend on their mental state. In women with mental disorders, menstrual dysfunction together with psychopathological symptoms of illness (decrease in libido, communication, emotional numbness), decrease in social and family adaptation leads to impairment of reproductive function.

Keywords: primary infertility; secondary infertility; idiopathic infertility; mental disorders; menstrual function; reproductive function.

Contact: Angelina Olegovna Nikolaevskaya; nikolaevskayaao@kursksmu.net

For reference: Nikolaevskaya AO, Tyuvina NA, Morozova VD, Kesler EP. Psychosomatic correlations in mentally ill and mentally healthy women with infertility. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(4):45–52.

DOI: 10.14412/2074-2711-2023-4-45-52

Взаимосвязь и взаимовлияние менструально-генеративной функции и психического состояния у женщин являются недостаточно изученной областью психиатрической науки и практики [1, 2]. Данные вопросы неоднозначны и требуют детального рассмотрения психологических и биологических факторов, уникальных для женщин, в генезе нарушений как репродуктивного, так и психического здоровья [3, 4].

Существующие рекомендации профессиональных обществ репродуктологов сосредотачивают внимание на физиологических причинах в диагностике бесплодия. Речь идет об овуляторных нарушениях (25%), эндометриозе (15%), спаечном процессе малого таза (12%), непроходимости маточных труб (11%), других аномалиях труб/матки (11%), гиперпролактинемии (7%) [4, 5]. Наряду с этим психогенные факторы, психические расстройства могут влиять на сексуальное функционирование, менструальную и репродуктивную функции, что, в свою очередь, может приводить к бесплодию [6, 7]. Другая сторона обсуждаемой проблемы связана с сочетанным течением акушерско-гинекологической и психической патологии, когда последняя делает сомнительным медицинский прогноз для таких женщин в отношении потенциального материнства [8, 9].

В ситуации привычного невынашивания беременности в 45% случаев диагностируются депрессивные, в 37% – тревожные симптомы [10]. Женщины, страдающие депрессией, реже прибегают к терапии бесплодия, чаще страдают от избыточной массы тела либо ожирения; также им свойственны более высокий уровень беспокойства, большая степень подверженности воздействию стрессоров по сравнению с фертильными [11].

Женщины, проходящие терапию методом экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), в 39,4% случаев испытывают тревожные, а 28,5% – депрессивные симптомы [12]. Выраженность такой симптоматики положительно коррелирует с продолжительностью бесплодия [13].

Коррекция подобных состояний с использованием антидепрессантов и психотерапии может играть существенную роль в лечении бесплодия [8]. Сочетание этих составляющих стоит учитывать в рамках их влияния на менструальную функцию, гормональный баланс, овуляцию, невынашивание беременности.

Бесплодие само по себе может являться причиной достаточно большого количества случаев стресса, беспокойства, депрессии, тревожных состояний [14]. Успешное лечение бесплодия может оказать положительное влияние на

психическое здоровье, и наоборот, лечение психических расстройств может способствовать нормализации репродуктивной функции женщин [1, 8].

Цель исследования – сравнительная оценка отдельных показателей менструально-генеративной функции у психически здоровых и психически больных женщин с бесплодием.

Материал и методы. Исследование одобрено региональным этическим комитетом ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России. Обследовано 348 женщин с бесплодием в возрасте от 21 года до 40 лет в условиях отделений оперативной (1-го гинекологического) и консервативной (2-го гинекологического) гинекологии Курского городского клинического родильного дома, Областного перинатального центра г. Курска. Обследование проводилось клиническим методом с помощью специально разработанной карты-опросника с последующей статистической обработкой полученных результатов.

У 120 обследованных женщин в анамнезе были установлены психические расстройства, в связи с которыми ранее, до момента включения в настоящее исследование, пациентки проходили стационарное лечение в условиях Курской клинической психиатрической больницы имени святого великомученика и целителя Пантелеимона (дневной стационар № 1, острое женское отделение).

Обследованные были разделены на четыре группы: 1-я группа – психически здоровые женщины с первичным бесплодием ($n=148$); 2-я группа – женщины с психическими расстройствами и первичным бесплодием ($n=84$); 3-я группа – психически здоровые женщины со вторичным бесплодием ($n=80$); 4-я группа – женщины с психическими расстройствами и вторичным бесплодием ($n=36$).

Во всех группах было диагностировано бесплодие с установленным этиологическим фактором, а также идиопатическое бесплодие (табл. 1).

Критерии включения в настоящее исследование: диагноз женское бесплодие [код по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) N97], который устанавливался врачом акушером-гинекологом согласно действующим критериям [15]; коморбидные женскому бесплодию психические расстройства. Средний возраст манифестации психического расстройства составил $21,85 \pm 5,76$ года во 2-й группе и $22,25 \pm 7,14$ года в 4-й группе. **Критерии исключения:** тяжелые соматические и неврологические заболевания.

Все обследованные пациентки приняли участие в исследовании на добровольной некоммерческой основе, дали свое письменное информированное согласие на участие в исследовании и имели возможность отказаться от продолжения участия в нем в любой момент.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы Statistica 8.0 (Stat Soft Inc., США). Качественные признаки были описаны с использованием абсолютных и относительных (выраженных

в процентном соотношении) показателей. Проверка гипотезы о виде распределения проводилась с помощью критерия согласия Пирсона. Ввиду того что большинство количественных показателей не были подчинены нормальному закону распределения, они описаны с помощью медианы и квартилей (Me [25-й; 75-й перцентили]). Сравнение совокупностей по количественным признакам (непараметрический анализ) включал метод Манна–Уитни. При сравнении независимых групп по качественным показателям – метод χ^2 , при необходимости – двусторонний точный критерий Фишера. Уровень значимости был принят как достаточный при $p < 0,05$.

Для клинического определения первичного, вторичного, идиопатического бесплодия использовалась терминология, принятая Всемирной организацией здравоохранения [16].

Результаты. Распределение видов женского бесплодия в анализируемых группах согласно МКБ-10 представлено в табл. 2.

Идиопатическое (неуточненное) бесплодие, как первичное, так и вторичное ($n=114$; 32,75%), значимо чаще отмечалось в группах женщин с психическими расстройствами (см. табл. 2).

Наиболее часто у обследованных пациенток отмечались расстройства шизофренического спектра и аффективные расстройства (табл. 3).

Сравнительный анализ уровня образования женщин в анализируемых группах позволил установить, что психически здоровые женщины как с первичным, так и со вторичным бесплодием имеют более высокий уровень образования – преимущественно высшее. Для женщин с первичным бесплодием и психическими расстройствами характерно среднее образование, со вторичным бесплодием и психическими расстройствами – среднее специальное (табл. 4).

Абсолютное большинство психически здоровых женщин, в отличие от психически больных, состояли в браке, тогда как разведенных женщин значимо больше в группах с бесплодием и психическими расстройствами (см. табл. 4). Само по себе бесплодие влияет на психическое состояние женщин и межличностные отношения супругов, что находит свое отражение в функционировании семьи и в конечном итоге может приводить к расторжению брака. Постановка диагноза «бесплодие» приводит к обострению имеющегося психического расстройства у 84% женщин.

Таблица 1. *Распределение обследованных женщин по виду бесплодия*

Table 1. *Distribution of the examined women according to the type of infertility*

Виды бесплодия	Первичное бесплодие (n=232)		Вторичное бесплодие (n=116)	
	1-я группа – женщины с первичным бесплодием (n=148)	2-я группа – женщины с первичным бесплодием и психическими расстройствами (n=84)	3-я группа – женщины со вторичным бесплодием (n=80)	4-я группа – женщины со вторичным бесплодием и психическими расстройствами (n=36)
Бесплодие установленной этиологии	123	36	67	8
Всего	159		75	
Бесплодие неустановленной этиологии (идиопатическое)	25	48	13	28
Всего	73		41	

Таблица 2. *Распределение диагнозов женского бесплодия согласно МКБ-10*

Table 2. *Distribution of diagnoses of female infertility according to ICD-10*

Код МКБ-10	Первичное бесплодие (n=232)		Вторичное бесплодие (n=116)	
	1-я группа – женщины с первичным бесплодием (n=148)	2-я группа – женщины с первичным бесплодием и психическими расстройствами (n=84)	3-я группа – женщины со вторичным бесплодием (n=80)	4-я группа – женщины со вторичным бесплодием и психическими расстройствами (n=36)
N97.1 Женское бесплодие трубного происхождения, n (%)	67 (45,27)	19 (22,61)*	31 (38,75)	4 (11,12)*
N97.2 Женское бесплодие маточного происхождения, n (%)	39 (26,35)	11(13,09)*	22 (27,5)	3 (8,33)*
N97.3 Женское бесплодие цервикального происхождения, n (%)	17 (11,49)	6 (7,16)	14 (17,5)	1 (2,77)*
Всего	123	36	67	8
N97.9 Женское бесплодие неуточненное, n (%)	25 (16,89)	48 (57,14)*	13 (16,25)	28 (77,78)*
Всего	25	48	13	28

Примечание. * – различия статистически значимы; $p < 0,01$.

Имеющих постоянную работу значимо больше в группах психически здоровых женщин с бесплодием (1-я и 3-я группы). Во 2-й и 4-й группах преобладали неработающие (см. табл. 4). Таким образом, психически больные женщины с бесплодием менее адаптированы в семейном и социальном плане, что отражается на их репродуктивном статусе.

Менструальная функция пациенток в анализируемых группах значимо различается по ряду показателей (табл. 5).

Менструации у психически больных женщин с первичным бесплодием появлялись позднее. В группе психически здоровых и психически больных женщин с бесплодием продолжительность менструации и продолжительность менструального цикла значимо не различались. Сроки установления регулярных месячных (установились сразу / не сразу) различались в группах психически больных женщин с бесплодием. Несмотря на регулярность месячных у психически здоровых женщин, они отличались болезненностью. У психически здоровых женщин с бесплодием количество менструальных выделений значимо чаще было обычным либо скудным. Психически больные женщины со вторичным бесплодием отличались скудными менструальными выделениями. Психически здоровые и психически больные женщины с бесплодием отличаются восприятием менархе, свидетельствующем о готовности организма к деторождению. В группах психически больных женщин с бесплодием значимо чаще встречается неадекватная эмоциональная реакция на менархе в виде испуга, страха либо радости.

В настоящем исследовании не было установлено изменения менструального цикла у женщин после замужества. Психически больные женщины с первичным бесплодием позднее начинали половую жизнь. Показатели регулярности и удовлетворенности половой жизнью значимо различались в группах психически здоровых женщин с бесплодием.

Таким образом, в группе психически больных женщин с первичным бесплодием установлены более поздний возраст начала менструаций, их нерегулярность, скудные или обильные менструальные выделения, неадекватная эмоциональная реакция на менархе в виде испуга, страха, радости, нерегулярная половая жизнь, неудовлетворенность половой жизнью.

Наступление беременности значимо чаще отмечалось у психически здоровых женщин с первичным бесплодием, выкидыши — у психически больных женщин со вторичным бесплодием (табл. 6).

Аборты чаще делали психически здоровые женщины с бесплодием. Данный факт свидетельствует о лучшей способности психически здоровых женщин распоряжаться своими репродуктивными правами.

По показателю «восстановление менструаций после родов» отмечена тенденция к более позднему восстановлению в группе женщин со вторичным бесплодием и психическими расстройствами.

Гинекологические заболевания значимо чаще отмечались у женщин со вторичным бесплодием и психическими

Таблица 3. Психические расстройства у женщин с бесплодием

Table 3. Mental disorders in women with infertility

Психические расстройства	Число женщин, n (%)
Шизофрения. Параноидная форма	41 (34,17)
Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип	12 (10,0)
Эпилепсия	3 (2,5)
Биполярное аффективное расстройство I типа	8 (6,67)
Биполярное аффективное расстройство II типа	16 (13,33)
Рекуррентное депрессивное расстройство	20 (16,67)
Реактивная депрессия	9 (7,5)
Неврастения	3 (2,5)
Генерализованное тревожное расстройство	4 (3,33)
Обсессивно-компульсивное расстройство	4 (3,33)
Всего	120 (100)

Таблица 4. Социально-демографические характеристики женщин анализируемых групп, n (%)

Table 4. Socio-demographic characteristics of women in the studied groups, n (%)

Показатель	Первичное бесплодие (n=232)		Вторичное бесплодие (n=116)	
	1-я группа — женщины с первичным бесплодием (n=148)	2-я группа — женщины с первичным бесплодием и психическими расстройствами (n=84)	3-я группа — женщины со вторичным бесплодием (n=80)	4-я группа — женщины со вторичным бесплодием и психическими расстройствами (n=36)
Образование:				
среднее	1 (0,7)	8 (9,5)*	—	—
среднее специальное	37 (25)	24 (28,6)	21 (26,2)	28 (77,8)*
неоконченное высшее	3 (2)	8 (9,5)*	—	—
высшее	107 (72,3)	44 (52,4)*	59 (73,8)	8 (22,2)*
Семейное положение:				
замужем	122 (82,4)	28 (33,3)*	64 (80)	16 (44,4)*
разведена	24 (16,2)	56 (66,7)*	16 (20)	20 (55,6)*
вдова	2 (1,35)	—	—	—
Работа:				
работает	135 (91,2)	23 (27,4)*	72 (90)	20 (55,6)*
не работает	13 (8,8)	45 (53,6)*	8 (10)	12 (33,3)*
уволена из-за болезни	—	16 (19)	—	4 (11,1)

Примечание. φ- Критерий углового преобразования Фишера, различия статистически значимы: *p<0,01.

расстройствами. Гинекологические операции (диагностическая лапароскопия, удаление маточных труб) чаще делали психически здоровые женщины с бесплодием, что может объясняться лучшей сохранностью психических процессов, адекватным восприятием родительской функции.

Таблица 5. Характеристика менструальной функции у женщин анализируемых групп

Table 5. Characteristics of menstrual function in women of the studied groups

Показатель	Первичное бесплодие (n=232)		Вторичное бесплодие (n=116)	
	1-я группа – женщины с первичным бесплодием (n=148)	2-я группа – женщины с первичным бесплодием и психическими расстройствами (n=84)	3-я группа – женщины со вторичным бесплодием (n=80)	4-я группа – женщины со вторичным бесплодием и психическими расстройствами (n=36)
Возраст начала менструаций, годы, Me [25-й; 75-й перцентили]	12 [11,5; 12,0]	14,0 [13,0; 14,0] [#]	11,0 [11,0; 13,0]	12,0 [11,0; 13,0]
Продолжительность менструации, дни, Me [25-й; 75-й перцентили]	5,0 [4,0; 6,0]	4,0 [3,0; 5,0]	5,0 [4,0; 6,0]	4,0 [3,0; 5,0]
Продолжительность менструального цикла, дни, Me [25-й; 75-й перцентили]	29,0 [28,0; 30,0]	30,0 [28,0; 34,0]	29,0 [28,0; 30,0]	30,0 [28,0; 35,0]
Сроки установления менструаций:				
установились сразу, n (%)	54 (36,5)	17 (20,2) [*]	48 (60)	14 (38,9) [#]
установились не сразу, n (%)	94 (63,5)	67(79,8) [*]	32 (40)	22 (61,1) [#]
Болезненность менструаций, n (%)	79 (53,4)	11 (13,1) [*]	63 (78,8)	3 (8,3) [*]
Регулярность менструаций, n (%)	76 (51,4)	5 (6) [*]	64 (80)	4 (11,1) [*]
Количество менструальных выделений, n (%):				
скудные	89 (60,1)	37 (44) [*]	27 (33,8)	19 (52,8) [#]
обильные	32 (21,6)	28 (33,3) [#]	21 (26,3)	6 (16,7)
умеренные	27 (18,2)	19 (22,6)	32 (40)	11 (30,6)
Психическое восприятие менархе, n (%):				
адекватное	122 (82,4)	28 (33,3) [*]	59 (73,8)	16 (44,4) [*]
испуг, страх	19 (12,8)	24 (28,6) [*]	13 (16,3)	12 (33,3) [*]
радость	7 (4,7)	32 (38,1) [*]	8 (10)	8 (22,2) [#]
Изменение менструального цикла, n (%):				
после замужества	8 (5,4)	5 (6)	1 (1,25)	–
после родов	–	–	2 (2,5)	1 (2,8)
Возраст начала половой жизни, годы, Me [25-й; 75-й перцентили]	18 [18,0; 18,0]	19 [18,0; 19,0] ^{**}	18 [18,0; 18,0]	18 [18,0; 18,0]
Регулярность половой жизни, n (%)	102 (68,9)	19 (22,6) [*]	48 (60)	7 (19,4) [*]
Удовлетворенность половой жизнью, n (%)	93 (62,8)	8 (9,5) [*]	27 (33,8)	5 (13,9) [*]

Примечание. φ- Критерий углового преобразования Фишера; различия статистически значимы: *p<0,01; **p<0,00001; различия на уровне статистической тенденции: #p<0,05.

ПМС встречался у женщин во всех группах. Он возник в среднем за 5 дней до начала менструации у психически здоровых женщин с бесплодием и за 4 дня у психически больных женщин со вторичным бесплодием. Продолжительность ПМС в группах психически здоровых женщин была больше, однако различия не достигали степени значимости.

Проявления ПМС были представлены вегетососудистыми, обменно-эндокринными и психическими симптомами. В группах женщин с бесплодием и психическими расстройствами превалировали психические его проявления.

Значимые статистические различия были установлены в отношении вегетососудистых и обменно-эндокринных проявлений ПМС в группе женщин с первичным бесплодием и психическими расстройствами. Психически здоровые женщины с первичным бесплодием значимо чаще прибегали к лечению проявлений ПМС с использованием анальгетиков, спазмолитиков. Ухудшение состояния в период овуляции значимо чаще наблюдалось в группе психически больных женщин с первичным бесплодием.

Тяжесть имеющегося психического расстройства оказывала влияние на регулярность менструального цикла у женщин с первичным бесплодием: 13 из 84 женщин 2-й группы отличались легким течением психических расстройств, у 10 наблюдалась стойкая ремиссия. Остальные обследованные женщины (n=71) сообщали об изменении своего менструального цикла в моменты ухудшения психического состояния, вплоть до полного прекращения месячных. Подобная тенденция прослеживалась в 4-й группе, где регулярный менструальный цикл наблюдался лишь у 4 (11,1%) женщин из 36.

Обсуждение. Результаты исследования позволили установить взаимосвязь и взаимовлияние между показателями менструальной и репродуктивной функции и психическим состоянием женщин с различными видами бесплодия.

Основываясь на полученных данных, можно с большой степенью достоверности утверждать, что наличие психической патологии у женщин является наиболее частой причиной диагностики бесплодия с неустановленным этиологическим фактором –

идиопатического бесплодия. Это подтверждает существующее мнение о влиянии измененного психического состояния на клиническое течение бесплодия [17].

При сочетанном течении психической и акушерско-гинекологической патологии у женщин отмечается нарушение социальной, семейной и трудовой адаптации, что усугубляет состояние их психического здоровья и делает сомнительным медицинский прогноз в отношении потенциального материнства [8, 9]. Более низкий образовательный уровень, затруднения в коллективной деятельности, снижение трудоспособности в динамике психического расстройства, дисгармоничные взаимоотношения с партнером, приверженность психотерапии могут опосредованно усугублять имеющиеся психические проблемы, запуская механизм «зубчатого колеса». Речь идет о ситуации, когда один из ведущих дестабилизирующих факторов (качество жизни, факт наличия бесплодия, стрессовые воздействия) выходит на первый план и потенцирует действие остальных [18, 19].

Бесплодие у женщин часто обусловлено бесплодием партнера. Тем не менее 73% мужчин в парах с женщинами, страдающими бесплодием, отличаются анозогнозией мужского бесплодия и неохотно склоняются к медицинскому обследованию их репродуктивной системы, так как считают, что бесплодие в паре обусловлено только женским фактором [20, 21]. По нашим данным, 43% супругов рутинный анализ («спермограмму») субъективно воспринимают как «постыдный», «неприятный».

По результатам исследования, менструально-генеративная функция пациенток в анализируемых группах значительно различается по ряду показателей. В группе психически больных женщин с первичным бесплодием установлены более поздний возраст начала менструаций, их нерегулярность или отсутствие в период обострения заболевания, скудные или обильные менструальные выделения, неадекватная эмоциональная реакция на менархе в виде испуга, страха, радости, нерегулярность половой жизни и неудовлетворенность ею. Как следствие нарушения менструальной функции снижается и репродуктивная способность таких женщин.

Полученные данные позволили подтвердить существующее мнение о выраженном влиянии на репродуктивную

Таблица 6.

Характеристика репродуктивной функции и предменструального синдрома у женщин анализируемых групп

Table 6.

Characteristics of reproductive function and premenstrual syndrome in women of the studied groups

Показатель	Первичное бесплодие (n=232)		Вторичное бесплодие (n=116)	
	1-я группа – женщины с первичным бесплодием (n=148)	2-я группа – женщины с первичным бесплодием и психическими расстройствами (n=84)	3-я группа – женщины со вторичным бесплодием (n=80)	4-я группа – женщины со вторичным бесплодием и психическими расстройствами (n=36)
Всего беременностей (наличие), n	71	17*	148	45
Из них закончились, n (%):				
родами	11 (15,49)	7 (41,17)	113 (76,35)	21 (46,67)*
мертворождением	11 (15,49)	7 (41,17)	3 (2,65)	3 (14,28)
выкидышем	14 (19,71)	7 (41,17)	9 (6,09)	13 (28,88) *
абортом	46 (64,78)*	3 (17,64)	26 (17,56)	11 (24,45)
Количество беременностей, приходящихся на одну женщину	0,47	0,2	1,85	1,25
Токсикоз 1-й половины беременности, n (%)	28 (39,43)	13 (76,47)	19 (12,83)	14 (31,11)
Преэклампсия 2-й половины беременности, n (%)	37 (52,11)	12 (70,58)	10 (6,75)	4 (8,88)
Восстановление менструаций после родов, мес, Me [25-й; 75-й перцентили]	1,0 [1,0; 2,0]	2,0 [1,0; 3,0]	4,0 [3,0; 6,0]	6,0 [3,0; 8,0]*
Гинекологические заболевания, n (%)	110 (74,3)	71 (84,5)	74 (92,5)*	16 (44,4)
Гинекологические операции, n (%)	84 (56,8)*	19 (22,6)	52 (65)	8 (22,2)*
ПМС (наличие), n (%)	94 (63,5)	52 (61,9)	49 (61,3)	16 (44,4)**
Возникновение ПМС (за сколько дней до менструации), Me [25-й; 75-й перцентили]	5,0 [5,0; 10,0]	4,0 [3,0; 5,0]*	7,0 [7,0; 7,0]	4,0 [3,0; 4,0]*
Исчезновение ПМС (на какой день цикла), Me [25-й; 75-й перцентили]	3,0 [2,0; 3,0]	3,0 [2,0; 4,0]	1,0 [1,0; 2,0]	2,0 [2,0; 3,0]
Продолжительность ПМС, дни, Me [25-й; 75-й перцентили]	5,0 [5,0; 7,0]	4,0 [4,0; 4,0]	7,0 [7,0; 10]	4,0 [3,0; 4,0]
Проявления ПМС, n (%):				
психические	68 (45,9%)	79 (94,04)*	23 (28,8)	31(86,11)*
вегетососудистые	27 (18,2%)	39 (46,4)***	21 (26,3)	11 (30,6)
обменно-эндокринные	34 (23)	31 (36,9)**	18 (22,5)	9 (25)
Лечение ПМС, n (%)	80 (54,1)	27 (32,1)***	23 (28,8)	7 (19,4)
Ухудшение состояния в период овуляции, n (%)	28 (18,91)	34 (40,47)*	12 (15)	7 (19,44)

Примечание. χ^2 , различия статистически значимы: * $p < 0,001$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$; различия на уровне статистической тенденции: * $0,01 < p < 0,05$. ПМС – предменструальный синдром.

функцию женщин эндогенных психических расстройств (шизофрения, биполярное расстройство), когда у них наблюдаются более низкая фертильность по сравнению с популяцией, большая частота спонтанных выкидышей и мертворождений [22]. Беременность значимо чаще наступала в группе психически здоровых женщин с первичным бесплодием. По показателю выкидышей были установлены значимые различия в группах женщин со вторичным бесплодием и психическими расстройствами.

Тяжесть имеющегося психического расстройства негативно влияла на регулярность менструального цикла у женщин с первичным бесплодием. Это свидетельствует о том, что нормально протекающая менструация выступает показателем не только соматического, но и психического состояния женщины [1]. Предикторами бесплодия со стороны психического здоровья являются: раннее начало и хроническое течение психического расстройства, тяжесть и длительность обострений, короткие и неполные ремиссии, формирование изменений личности или дефекта в результате психического заболевания [1], что подтверждается и в настоящем исследовании.

Состояние психического здоровья женщины обуславливает ее способность распоряжаться своими репродуктивными правами. В исследовании установлено, что аборт чаще совершали психически здоровые женщины. Несмотря на достаточно широкую распространенность гинекологической патологии у женщин во всех группах, гинекологиче-

ские операции (диагностическая лапароскопия, удаление маточных труб) чаще совершали психически здоровые женщины с бесплодием, что может объясняться лучшей сохранностью психических процессов, адекватным восприятием родительской функции, а также желанием реализовать ведущую для большинства женщин биологическую и социальную потребность в материнстве [23].

Несмотря на наличие ПМС у женщин во всех группах, значимые статистические различия были установлены в отношении психических его проявлений в группах женщин с бесплодием и психическими расстройствами, вегетососудистых и обменно-эндокринных – у женщин с первичным бесплодием и психическими расстройствами. Психически здоровые женщины с первичным бесплодием значимо чаще прибегают к лечению проявлений ПМС с использованием анальгетиков, спазмолитиков.

Ухудшение состояния в период овуляции чаще наблюдалось у психически больных женщин с первичным бесплодием.

Заключение. Результаты исследования подтвердили, что менструальная и репродуктивная функции женщин тесным образом связаны с их психическим состоянием. Данный факт необходимо учитывать при выяснении причин бесплодия, особенно идиопатического варианта, а также при выборе терапевтической тактики, поскольку нормализация психического состояния женщины может способствовать восстановлению ее репродуктивной функции.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Тювина НА, Воронина ЕО, Балабанова ВВ, Гончарова ЕМ. Взаимосвязь и взаимовлияние менструально-генеративной функции и депрессивных расстройств у женщин. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2018;10(2):45-51. doi: 10.14412/2074-2711-2018-2-45-51 [Tyuvina NA, Voronina EO, Balabanova VV, Goncharova EM. The relationship and interaction of menstrual and generative function and depressive disorders in women. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика = Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2018;10(2):45-51. doi: 10.14412/2074-2711-2018-2-45-51 (In Russ.)].
2. Тювина НА, Морозова ВД, Николаевская АО, Ильченко КН. Особенности эмоционального реагирования у женщин с первичным бесплодием. В сб.: Актуальные проблемы психолого-педагогического и медико-социального сопровождения высшего образования: интеграция науки и практики. Материалы IX научно-практической конференции. Сост. Н.Л. Перевезенцева. Хабаровск; 2022. С. 64-73. [Tyuvina NA, Morozova VD, Nikolaevskaya AO, Ilchenko KN. Features of emotional response in women with primary infertility. In: *Aktual'nyye problemy psikhologo-pedagogicheskogo i mediko-sotsial'nogo soprovozhdeniya vysshego obrazovaniya: integratsiya nauki i praktiki. Materialy IX nauchno-prakticheskoy konferentsii* [Actual problems of psychological-pedagogical and medical-social support of higher education: integration of science and practice. Materials of the IX scientific-practical conference]. Comp. N.L. Perevezentsev. Khabarovsk; 2022. P. 64-73 (In Russ.)].
3. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Dyer S, et al. The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. *Fertil Steril*. 2017 Sep;108(3):393-406. doi: 10.1016/j.fertnstert.2017.06.005. Epub 2017 Jul 29.
4. Тювина НА, Балабанова ВВ, Николаевская АО. Психосоматические механизмы идиопатического бесплодия: клинические наблюдения. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(1):77-82. doi: 10.14412/2074-2711-2023-1-77-82 [Tyuvina NA, Balabanova VV, Nikolaevskaya AO. Psychosomatic mechanisms of idiopathic infertility: clinical observations. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(1):77-82. doi: 10.14412/2074-2711-2023-1-77-82 (In Russ.)].
5. Walker MH, Tobler KJ. Female Infertility. [Updated 2022 Dec 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556033/>
6. Katz DJ, Teloken P, Shoshany O. Male infertility – The other side of the equation. *Aust Fam Physician*. 2017 Sep;46(9):641-6.
7. Lolak S, Rashid N, Wise TN. Interface of Women's Mental and Reproductive Health. *Curr Psychiatry Rep*. 2005 Jun;7(3):220-7. doi: 10.1007/s11920-005-0057-9
8. Тювина НА, Николаевская АО. Роль психологических и психопатологических факторов в генезе идиопатического бесплодия. *Психиатрия*. 2022;20(1):110-9. [Tyuvina NA, Nikolaevskaya AO. The role of psychological and psychopathological factors in the genesis of idiopathic infertility. *Psikhiatriya*. 2022;20(1):110-9. doi: 10.30629/2618-6667-2022-20-1-110-119 (In Russ.)].
9. Тювина НА, Николаевская АО, Морозова ВД. Современные вспомогательные репродуктивные технологии: нейропсихиатрические, социально-психологические, морально-этические аспекты. *Российский психиатрический журнал*. 2021;(6):88-96. [Tyuvina NA, Nikolaevskaya AO, Morozova VD. Modern assisted reproductive technologies: neuropsychiatric, socio-psychological, moral and ethical aspects. *Rossiyskiy psikhiatricheskii zhurnal*. 2021;(6):88-96 (In Russ.)].
10. Gao L, Qu J, Wang AY. Anxiety, depression and social support in pregnant women with a history of recurrent miscarriage: a cross-sectional study. *J Reprod Infant Psychol*. 2020 Nov;38(5):497-508. doi: 10.1080/02646838.2019.1652730. Epub 2019 Aug 14.

11. Crawford NM, Hoff HS, Mersereau JE. Infertile women who screen positive for depression are less likely to initiate fertility treatments. *Hum Reprod.* 2017 Mar 1;32(3):582-7. doi: 10.1093/humrep/dew351
12. Xu H, Ouyang N, Li R, et al. The effects of anxiety and depression on *in vitro* fertilisation outcomes of infertile Chinese women. *Psychol Health Med.* 2017 Jan;22(1):37-43. doi: 10.1080/13548506.2016.1218031. Epub 2016 Aug 12.
13. Gdanska P, Drozdowicz-Jastrzebska E, Grzechocinska B, et al. Anxiety and depression in women undergoing infertility treatment. *Ginekol Pol.* 2017;88(2):109-12. doi: 10.5603/GP.a2017.0019
14. Szkodziak F, Krzyzanowski J, Szkodziak P. Psychological aspects of infertility. A systematic review. *J Int Med Res.* 2020 Jun;48(6):300060520932403. doi: 10.1177/0300060520932403
15. Клинические рекомендации – Женское бесплодие – 2021–2022–2023 (24.06.2021) – Утверждены Минздравом РФ. Доступно по ссылке: <https://moniiag.ru/wp-content/uploads/2019/07/Klinicheskie-rekomendatsii.-ZHenskoe-besplodie.pdf> [Clinical guidelines – Female infertility – 2021–2022–2023 (06/24/2021) – Approved by the Ministry of Health of the Russian Federation. Available from: <https://moniiag.ru/wp-content/uploads/2019/07/Klinicheskie-rekomendatsii.-ZHenskoe-besplodie.pdf> (In Russ.)].
16. World Health Organization, 2022. Available from: https://www.who.int/health-topics/infertility#tab=tab_1
17. Reardon DC. The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. *SAGE Open Med.* 2018 Oct 29;6:2050312118807624. doi: 10.1177/2050312118807624
18. Luk BH, Loke AY. The Impact of Infertility on the Psychological Well-Being, Marital Relationships, Sexual Relationships, and Quality of Life of Couples: A Systematic Review. *J Sex Marital Ther.* 2015;41(6):610-25. doi: 10.1080/0092623X.2014.958789. Epub 2014 Oct 30.
19. Jisha PR, Thomas I. Quality of life and infertility: influence of gender, years of marital life, resilience, and anxiety. *Psychol Stud.* 2016;61:159-69.
20. Rasoulzadeh Bidgoli M, Latifnejad Roudsari R, Montazeri A. The effectiveness of a collaborative infertility counseling (CIC) on pregnancy outcome in women undergoing *in vitro* fertilization: a randomized trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020 Nov 25;20(1):728. doi: 10.1186/s12884-020-03417-6
21. Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, et al. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Med.* 2012;9(12):e1001356. doi: 10.1371/journal.pmed.1001356. Epub 2012 Dec 18.
22. Петрова НН, Аристова ТА, Склярлова АЮ. Влияние гендерных характеристик на психическую адаптацию больных эндогенными заболеваниями. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина.* 2007;(1):46-51. [Petrova NN, Aristova TA, Sklyarova AYU. Influence of gender characteristics on mental adaptation of patients with endogenous diseases. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Meditsina.* 2007;(1):46-51 (In Russ.)].
23. Тювина НА, Николаевская АО. Бесплодие и психические расстройства у женщин. Сообщение 2. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2020;12(1):93-9. doi: 10.14412/2074-2711-2020-1-93-99 [Tyuvina NA, Nikolaevskaya AO. Infertility and mental disorders. Communication 2. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2020;12(1):93-9. doi: 10.14412/2074-2711-2020-1-93-99 (In Russ.)].

Поступила/отрецензирована/принята к печати
Received/Reviewed/Accepted
09.04.2023/14.07.2023/17.07.2023

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Николаевская А.О. <https://orcid.org/0000-0002-5150-4765>
Тювина Н.А. <https://orcid.org/0000-0002-5202-1407>
Морозова В.Д. <https://orcid.org/0000-0002-1148-7518>
Кеслер Е.П. <https://orcid.org/0009-0005-8349-8522>