

Влияние психического состояния женщин с бесплодием на их репродуктивный статус



Николаевская А.О.¹, Тювина Н.А.², Балабанова В.В.²

¹Кафедра психиатрии и психосоматики ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск; ²кафедра психиатрии и наркологии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского 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

Взаимосвязь и взаимовлияние психического здоровья женщин и репродуктивной функции неоднозначны. В частности, психогенные факторы, психические расстройства оказывают воздействие на сексуальную, менструальную, генеративную функции, что, в свою очередь, может привести к бесплодию. Улучшение психического состояния женщин, напротив, способствует восстановлению репродуктивной функции.

Цель исследования — сформировать динамические представления о репродуктивном статусе психически больных и психически здоровых женщин с бесплодием по результатам катанеза.

Материал и методы. В исследование включено 348 пациенток с бесплодием в течение 2 лет, из них 228 психически здоровых женщин, 120 — с психическими расстройствами. Все женщины консультированы гинекологами, женщины с психическими расстройствами — психиатрами, проводилось лечение имеющихся расстройств.

Результаты. У психически здоровых женщин отмечается значимо большее число беременностей, в основном за счет проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения. Они рационально относятся к планированию беременности, отличаются высокой обращаемостью к акушерам-гинекологам, большим числом проведенных гинекологических вмешательств, направленных на преодоление бесплодия. У психически больных беременность наступает спонтанно при улучшении психического состояния и нормализации менструальной, сексуальной и, соответственно, репродуктивной функции. Однако беременность отличается осложненным течением (задержка развития плода, выкидыш, внутриутробное инфицирование плода, отеки, гипертензия, нарушения жирового обмена, гестационный сахарный диабет, плацентарные нарушения), меньшим количеством родов.

Заключение. Репродуктивная функция женщин зависит от их психического состояния. У женщин с психическими расстройствами нарушение менструальной, сексуальной функции, семейной адаптации приводит к бесплодию. Улучшение психического состояния способствует восстановлению репродуктивной функции и спонтанному возникновению беременности.

Ключевые слова: психические расстройства; бесплодие; идиопатическое бесплодие; репродуктивная функция.

Контакты: Ангелина Олеговна Николаевская; nikolaevskayaao@kursksmu.net

Для ссылки: Николаевская АО, Тювина НА, Балабанова ВВ. Влияние психического состояния женщин с бесплодием на их репродуктивный статус. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2024;16(3):64–71. DOI: 10.14412/2074-2711-2024-3-64-71

The influence of the mental state of women with infertility on their reproductive status

Nikolaevskaya A.O.¹, Tyuvina N.A.², Balabanova V.V.²

¹Department of Psychiatry and Psychosomatics, Kursk State Medical University, Ministry of Health of Russia, Kursk;

²Department of Psychiatry and Narcology, N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, 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

Mutual influence between women's mental health and their reproductive capacity are not clearly understood. In particular, psychogenic factors and mental disorders affect sexual, menstrual and reproductive functions, which in turn can lead to infertility. Improving the mental state of women, on the other hand, helps to restore reproductive function.

Objective: to develop dynamic ideas about the reproductive status of mentally ill and mentally healthy women with infertility based on the results of the follow-up.

Material and methods. The study included 348 patients with infertility over a period of 2 years, 228 were mentally healthy women and 120 women with mental disorders. All women were consulted by a gynecologist, women with mental disorders by a psychiatrists, and treatment of existing disorders was carried out.

Results. Mentally healthy women have a significantly higher number of pregnancies, which is mainly due to the in vitro fertilization procedure. They have a rational approach to pregnancy planning, are characterized by a high referral rate to obstetricians and gynecologists and undergo a large number of gynecological procedures to overcome infertility. Pregnancy occurs spontaneously in mentally ill patients and is associated with an improvement in mental state and normalization of menstrual, sexual and therefore reproductive function, but is characterized by a com-

plicated course (fetal growth retardation, miscarriage, intrauterine infection of the fetus, oedema, hypertension, lipid metabolism disorders, gestational diabetes mellitus, placental disorders) and fewer births.

Conclusion. *The reproductive function of women depends on their mental state. In women with mental disorders, disturbances of menstrual and sexual function and family adaptation lead to infertility. Improving the mental state contributes to the restoration of reproductive function and spontaneous pregnancy.*

Keywords: *mental disorders; infertility; idiopathic infertility; reproductive function.*

Contact: *Angelina Olegovna Nikolaevskaya; nikolaevskayaao@kursksmu.net*

For reference: *Nikolaevskaya AO, Tyuvina NA, Balabanova VV. The influence of the mental state of women with infertility on their reproductive status. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2024;16(3):64–71. DOI: 10.14412/2074-2711-2024-3-64-71*

Охрана репродуктивного здоровья населения является одним из ключевых звеньев улучшения демографической ситуации в стране [1]. В связи с этим особую значимость приобретает проблема бесплодия среди женского и мужского населения: частота бесплодных браков в России, по разным данным, достигает 11% [2–5]. Преодоление проблемы бесплодия перестало быть исключительно гинекологическим вопросом [6]. Результаты ряда исследований свидетельствуют о влиянии психического состояния женщин на сексуальную активность, менструальную и репродуктивную функцию [7–13], что, в свою очередь, приводит к бесплодию.

Взаимосвязь и взаимовлияние женского репродуктивного и психического здоровья рассматриваются как составляющие механизма «порочного круга», когда психические расстройства, психологические и психогенные факторы влияют на менструально-генеративную функцию женщины, в ряде случаев опосредуя бесплодие [14]. Значимый для женщины хронический стрессогенный фактор бесплодия может способствовать манифестации либо усугублению у нее психических расстройств, нарушению внутрисемейных взаимоотношений, снижению качества жизни [7, 15].

Бесплодие, в частности его идиопатический вариант, когда видимые гинекологические причины отсутствуют, может возникать у женщин с различными психическими заболеваниями, влияющими на сексуальную, менструальную и репродуктивную функцию [15–17]. Женщины, страдающие такими эндогенными психическими расстройствами, как шизофрения и маниакально-депрессивный психоз, отличаются более низкой по сравнению со здоровыми фертильностью, большим количеством спонтанных выкидышей, мертворождений [16]. Нарушение менструальной функции из-за гиперпролактинемии, вызванной влиянием на гипоталамус пароксизмальных расстройств и приемом противосудорожных препаратов при эпилепсии, обуславливает высокую частоту трудностей с зачатием и невынашивания беременности [17]. У женщин с рекуррентной депрессией существует высокая коморбидность с болезнями половой системы (бесплодие, привычное невынашивание, атопическая беременность, дисфункция яичников, эндометриоз, аднексит) [15]. Сочетанное течение гинекологической и психической патологии ухудшает медицинский и социальный прогноз, делая перспективу материнства сомнительной.

В исследованиях зарубежных авторов такие психические расстройства, как шизофрения, аутизм, биполярное аффективное расстройство, нервная анорексия, злоупотребление психоактивными веществами, являются

причиной более низкой фертильности пациентов и рассматриваются как вариант «эволюционного естественного отбора» [18].

Согласно письму Минздрава России от 05.03.2019 №15-4/И/2-1908, существует ряд противопоказаний к применению вспомогательных репродуктивных технологий у лиц, страдающих психическими расстройствами: хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими болезненными проявлениями (психозы и слабоумие) или с высокой степенью вероятности обострения под влиянием беременности и родов (F03, F04, F06, F07, F09, F20–29, F42, F70–79, F99), наследственные и дегенеративные психические расстройства (F70, F84), выраженные психогенные расстройства (F23, F44), психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10–19), расстройства настроения (аффективные расстройства при стойких суицидальных установках и при риске суицидальных действий, F30–39).

Несмотря на существующий интерес исследователей к проблеме взаимозависимости психического и репродуктивного здоровья женщин, научные работы, освещающие особенности и механизмы взаимосвязи и взаимовлияния психической и гинекологической составляющих бесплодия, малочисленны, что подтверждает необходимость проведения дальнейших исследований в этом направлении.

Цель исследования — сформировать динамические представления о репродуктивном статусе психически больных и психически здоровых женщин с бесплодием по результатам катамнеза.

Материал и методы. В исследование включено 348 женщин с бесплодием в возрасте от 21 года до 40 лет (из них 228 психически здоровых женщин, 120 — с психическими расстройствами). Обследование проводилось при включении в исследование и через 2 года.

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). Все женщины консультировались гинекологами, женщины с психическими расстройствами — психиатрами, проводилось лечение имеющихся расстройств.

Обследование проводилось клиническим, клинικο-катамнестическим методами с помощью специально разработанной карты-опросника с последующей статистической обработкой полученных результатов.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы Statistica StatSoft 8.0. Категориальные признаки описаны с использованием абсолютных и относительных (выраженных в процентном отношении) показателей. Сравнение процентных долей при анализе четырехпольных таблиц сопряженности выполнялось с помощью критерия χ^2 Пирсона. Значимость различий при распределении частот дихотомических показателей оценивалась с помощью точного критерия углового преобразования Фишера. Уровень статистической значимости был установлен на уровне вероятности ошибки 0,05.

Критерии включения в исследование: диагноз женское бесплодие (код по МКБ-10 N97), который устанавливался врачом акушером-гинекологом согласно действующим критериям; 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.

Результаты. Во всех группах было диагностировано бесплодие — как с установленным этиологическим фактором, так и идиопатическое (табл. 1).

Сравнение показателей бесплодия у здоровых и психически больных женщин с первичным и вторичным бесплодием свидетельствует о том, что у психически здоровых преобладает бесплодие установленной этиологии ($p \leq 0,01$).

Проведенный анализ отдельных показателей менструальной функции у женщин в группах сравнения через 2 года от первоначального исследования показал их определенную динамику в результате проведенных лечебных мероприятий: по поводу бесплодия — гинекологами, психических расстройств — психиатрами (табл. 2).

При бесплодии установленной этиологии у психически здоровых женщин отмечалось значимое улучшение отдельных показателей менструальной функции: месячные стали регулярными, уменьшилась их болезненность, количество выделений стало умеренным. У психически больных женщин как с бесплодием установленной этиологии, так и с идиопатическим бесплодием установлен более регулярный менструальный цикл с умеренным количеством выделений.

Репродуктивная функция у здоровых женщин и обследуемых с психической патологией, а также при первичном и вторичном бесплодии различалась. Так, частота наступления беременности при первичном и вторичном бесплодии у психически здоровых женщин составила 93,24 и 76,25% соответственно, тогда как в группах женщин с психическими расстройствами — 41,66 и 44,4% (табл. 3).

Наибольшее число беременностей у психически здоровых женщин в обеих группах связано с проведением процедуры ЭКО. Беременность вследствие ЭКО чаще наступала при первичном бесплодии.

Если в группах психически здоровых женщин наблюдались как беременности вследствие ЭКО, так и спонтанно наступившие беременности, то женщины с психическими расстройствами не участвовали в программах вспомогательной репродукции.

Число случаев спонтанной беременности в группах женщин с психическими расстройствами при идиопатическом его варианте в 2,8 и 3 раза превышало аналогичный показатель при бесплодии установленной этиологии, различия статистически значимы. Данный признак позволяет предположить влияние улучшения психического состояния женщины на наступление беременности при идиопатическом бесплодии. Акушеры-гинекологи

Таблица 1. Виды бесплодия у женщин в анализируемых группах, n (%)

Table 1. Types of infertility in women in the analyzed groups, n (%)

Вид бесплодия	Первичное бесплодие (n=232)		Вторичное бесплодие (n=116)	
	психически здоровые женщины (n=148)	женщины с психическими расстройствами (n=84)	психически здоровые женщины (n=80)	женщины с психическими расстройствами (n=36)
Бесплодие установленной этиологии	123 (83,1)*	36 (42,85)	67 (83,75)*	8 (22,2)
Идиопатическое бесплодие	25 (16,9)	48 (57,14)*	13 (16,25)	28 (77,8)*

Примечание. * — $p \leq 0,05$.

Таблица 2. Характеристика менструальной функции исходно и через 2 года, n (%)

Table 2. Characteristics of menstrual function at baseline and after 2 years, n (%)

Характеристика	Бесплодие установленной этиологии				Идиопатическое бесплодие			
	психически здоровые женщины (n=190)		женщины с психическими расстройствами (n=44)		психически здоровые женщины (n=38)		женщины с психическими расстройствами (n=76)	
	исходно	через 2 года	исходно	через 2 года	исходно	через 2 года	исходно	через 2 года
Регулярность месячных	122 (64,2)	147 (77,4)*	3 (6,8)	19 (43,2)*	18 (47,4)	13 (34,2)	6 (7,9)	23 (30,3)*
Болезненность месячных	125 (65,8)	111 (58,4)*	10 (22,7)	8 (18,2)	17 (44,7)	12 (31,6)	4 (7,9)	3 (3,9)
Менструации:								
скудные	34 (17,9)	28 (14,7)	23 (52,3)	19 (43,2)	9 (23,7)	6 (15,8)	26 (34,2)	20 (26,3)
обильные	62 (32,6)	44 (23,1)	11 (25)	8 (18,2)	9 (23,7)	6 (15,8)	33 (43,4)	30 (39,4)
умеренные	94 (49,5)	118 (62,1)*	10	17*	20 (52,6)	26 (68,4)	17 (22,4)*	26 (34,2)*

Примечание. Здесь и далее: * — $p \leq 0,01$, различия статистически значимы; # — $0,05 \leq p \leq 0,1$, различия на уровне статистической тенденции (ф-критерий углового преобразования Фишера).

ставят таким женщинам диагноз «бесплодие неясной этиологии», не связывая его с сопутствующей психической пато-

логией, которая и выступает причиной нарушения репродуктивной функции. При бесплодии установленной этиологии

улучшение психического состояния не избавляет от существующих гинекологических проблем без адекватных и успешных вмешательств.

Исход наступивших беременностей у пациенток анализируемых групп был неодинаков (табл. 4).

Общее количество беременностей у психически здоровых женщин ($n=199$; 87,28%) значимо превышало ($p \leq 0,01$) анализируемый показатель в группе женщин с психическими расстройствами ($n=51$; 42,5%), что можно связать с участием психически здоровых женщин в программах ЭКО.

Однако, несмотря на тот факт, что в группах психически здоровых женщин наступило 144 беременности вследствие ЭКО, только 45 (31,25%) из них завершились родами, из которых 19 (42,22%) были самопроизвольными, а 26 (57,77%) — путем кесарева сечения. У 43 (29,86%) пациенток отмечалась неразвивающаяся беременность на раннем сроке, у 56 (38,89%) — выкидыш (самопроизвольный аборт). Значимых различий исходов беременностей вследствие ЭКО в 1-й и 3-й группах не вы-

Таблица 3. *Распределение случаев наступившей беременности при различных видах бесплодия у здоровых и психически больных женщин, n (%)*

Table 3. *Distribution of cases of pregnancy with different types of infertility in healthy and mentally ill women, n (%)*

Показатель	Первичное бесплодие		Вторичное бесплодие	
	психически здоровые женщины (n=148)	женщины с психическими расстройствами (n=84)	психически здоровые женщины (n=80)	женщины с психическими расстройствами (n=36)
<i>Бесплодие установленной этиологии</i>				
Беременность вследствие ЭКО	102 (68,91)*	—	42 (52,5)	—
Спонтанно наступившая беременность	18 (12,16)	9 (10,71)	9 (11,25)	4 (11,11)
Всего	120 (81,08)*	9 (10,71)	51 (63,75)*	4 (11,11)
<i>Идиопатическое бесплодие</i>				
Беременность вследствие ЭКО	—	—	—	—
Спонтанно наступившая беременность	18 (12,16)	26 (30,95)	10 (12,5)	12 (33,3%)
Всего	138 (93,24)*	35 (41,66)	61 (76,25)*	16 (44,4)

Примечание. ЭКО — экстракорпоральное оплодотворение.

Таблица 4. *Исход беременностей у женщин в анализируемых группах, n (%)*

Table 4. *Outcomes of pregnancy in women in the studied groups, n (%)*

Показатель	Первичное бесплодие		Вторичное бесплодие	
	психически здоровые женщины (n=148)	женщины с расстройствами (n=84)	психически здоровые женщины (n=80)	женщины с психическими расстройствами (n=36)
Беременности вследствие ЭКО	102 (100)	—	42 (100)	—
Завершились родами:	31 (30,39)	—	14 (33,33)	—
самопроизвольные роды	14 (45,17)	—	5 (35,72)	—
кесарево сечение	17 (54,83)	—	9 (64,28)	—
Неразвивающаяся беременность на раннем сроке	30 (29,41)	—	13 (30,95)	—
Выкидыш (<i>самопроизвольный аборт</i>)	41 (40,19)	—	15 (35,71)	—
Угрожающий ранний выкидыш (<i>частотное распределение</i>)	55 (53,92)	—	19 (45,23)	—
Спонтанно наступившие беременности	36 (100)	35 (100)	19 (100)	16 (100)
Завершились родами:	25 (69,44)*	17 (48,57)	12 (63,15)	7 (43,75)
самопроизвольные роды	9 (36)	6 (35,3)	5 (41,67)	3 (42,85)
кесарево сечение	16 (64)	11 (64,70)	7 (58,33)	4 (57,14)
Неразвивающаяся беременность на раннем сроке	5 (13,8)	8 (22,85)	3 (15,78)	4 (25)*
Выкидыш (<i>самопроизвольный аборт</i>)	6 (16,66)	10 (28,57)*	4 (21,05)	5 (31,25)
Угрожающий ранний выкидыш (<i>частотное распределение</i>)	14 (38,8)	18 (51,42)*	7 (36,84)	9 (56,25)*

явлено, анализируемые показатели в группах сравнения были примерно одинаковыми.

Количество спонтанных беременностей значительно меньше ($p \leq 0,01$) у психически здоровых женщин ($n=55$; 24,12%) по сравнению с женщинами с психическими расстройствами ($n=51$; 42,5%). Из 106 женщин со спонтанной беременностью родами завершилась 61 (57,54%). Среди психически здоровых женщин общее количество родов при спонтанной беременности было значительно выше ($p \leq 0,05$) и составило 37 (60,65%), среди лиц с психическими расстройствами — 24 (44,26%).

Родов при спонтанной беременности было значительно больше в 1-й группе, неразвивающихся на раннем сроке беременностей — в 4-й группе. Выкидышей и угрожающих ранних выкидышей значительно больше в группах с психическими расстройствами.

Течение наступившей беременности у женщин в группах сравнения осложнялось отдельными значимо различающимися параметрами (табл. 5).

Отеки, вызванные беременностью, нарушение жирового обмена, гестационный сахарный диабет, анемия, артериальная гипертензия значительно чаще встречались у больных 2-й группы. По признаку маловодия отличия на уровне тенденции выявлены у больных 1-й группы. Больные 2-й группы значительно чаще отличались такими осложнениями беременности, как преэклампсия, плацентарные нарушения (изменение строения и функции плаценты) и синдром задержки развития плода.

В целом беременность у психически больных протекала с большим числом осложнений, чем в группах психически здоровых женщин. С этими причинами связаны исход беременности и проблемы в родах.

Неодинаковым у обследованных пациенток был подход к планированию беременности при бесплодии, что отражается в данных о гинекологических вмешательствах (табл. 6).

Гинекологические вмешательства, направленные на преодоление бесплодия, значительно чаще наблюдались у психически здоровых женщин с первичным бесплодием ($p \leq 0,01$).

Обсуждение. В результате клинико-катамнестического сравнительного исследования показателей репродуктивной функции у здоровых и психически больных женщин с первичным и вторичным бесплодием через 2 года после проведения первичного обследования и лечебных мероприятий (лечение гинекологических заболеваний, психических расстройств, ЭКО) были установлены значимые различия в исследуемых группах в отношении восстановления менструальной функции, возникновения и течения беременностей, методов родоразрешения.

Среди психически здоровых женщин преобладает бесплодие с установленным этиологическим фактором, среди женщин с психическими расстройствами — идиопатическое бесплодие. Низкая обращаемость последних за акушерско-гинекологической помощью отчасти объясняет отсутствие объективных причин, обуславливающих невозможность за-

Таблица 5. Осложнения беременности у пациенток в анализируемых группах, n (%)
Table 5. Pregnancy complications in patients of the analyzed groups, n (%)

Показатель	Первичное бесплодие		Вторичное бесплодие	
	психически здоровые женщины ($n=148$)	женщины с психическими расстройствами ($n=84$)	психически здоровые женщины ($n=80$)	женщины с психическими расстройствами ($n=36$)
Число беременностей	138 (100)	35 (100)	61 (100)	16 (100)
Число родов	56 (40,57)	17 (48,57)	26 (42,62)	7 (43,75)
Истмико-цервикальная недостаточность	25 (18,11)	9 (25,71)	9 (14,75)	3 (18,75)
Отеки, вызванные беременностью	37 (26,81)	21 (60)*	17 (27,86)	3 (18,75)
Нарушение жирового обмена	34 (24,63)	28 (80)*	18 (29,5)	9 (56,25)*
Преждевременный разрыв плодных оболочек	12 (8,69)	6 (17,14)	7 (11,47)	6 (37,5)
Гестационный сахарный диабет	32 (23,18)	22 (62,85)*	8 (13,11)	6 (37,5)
Гестационная анемия	33 (23,91)	17 (48,57)*	6 (9,83)	(43,75)*
Гестационная артериальная гипертензия	27 (19,56)	15 (42,28)*	10 (16,39)	8 (50)*
Многоводие	31 (22,46)	9 (25,71)	9 (14,75)	6 (37,5)*
Маловодие	23 (16,66)*	2 (5,71)	3 (4,91)	2 (12,5)*
Внутриутробное инфицирование	25 (18,11)	5 (14,28)	5 (8,19)	6 (37,5)*
Преэклампсия	5 (3,62)	7 (20)*	3 (4,91)	4 (25)
Плацентарные нарушения	4 (2,89)	5 (14,28)*	3 (4,91)	4 (25)
Синдром задержки развития плода	3 (2,17)	6 (17,14)*	3 (4,91)	4 (25)

чтения у данной категории больных. Акушеры-гинекологи, в свою очередь, ввиду недостаточных представлений о взаимосвязи и взаимовлиянии женского репродуктивного и психического здоровья расценивают бесплодие у таких больных как результат недостаточного обследования или заболеваний неустановленной этиологии [19].

Нарушения менструальной функции у обследованных женщин по результатам катамнеза претерпели определенные изменения. Выявлено, что при бесплодии установленной этиологии у психически здоровых женщин отмечалось улучшение отдельных показателей менструальной функции: месячные стали регулярными, уменьшилась их болезненность, количество выделений стало умеренным. У психически больных, включая пациенток с идиопатическим бесплодием, также установился более регулярный цикл с умеренным количеством выделений, что может быть связано со стабилизацией их психического состояния.

На изменения менструального цикла при депрессии указано в работе с участием экспериментальных животных [20]. Описаны различные механизмы: путем повреждения яйцеклеток и апоптоза гранулезных клеток яичников, вследствие активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы с последующим выбросом кортикотропин-рилизинг-гормона. Последний непосредственно влияет на яичники, ингибируя выработку лютеинизирующего гормона, эстрогена и стимулируя выработку фолликулостимулирующего гормона. Также кортикотропин-рилизинг-гормон индуцирует повышенную секрецию корой надпочечников глюкокортикоидов, оказывающих деструктивное воздействие на яйцеклетки.

По данным литературы, такие психические расстройства, как шизофрения, биполярное аффективное расстройство, рекуррентная депрессия, эпилепсия, аутизм, злоупотребление психоактивными веществами, являются причиной низкой фертильности пациентов [15–18], а по мнению некоторых авторов, «представляют собой вариант естественного отбора» [18].

В исследовании норвежских авторов отмечено, что 22% женщин с выкидышем страдают психическими расстройствами, самыми распространенными из которых являются депрессивные и тревожные. Другими психическими расстройствами, влияющими на неблагоприятный исход беременности, стали биполярное расстройство, синдром дефицита внимания и гиперактивности, расстройства личности, нервная анорексия и соматоформные расстройства, а также шизофрения [21].

Психически здоровые и больные женщины различаются показателями репродуктивной функции. Общее количество беременностей у психически здоровых женщин (87,28%) значительно превышало анализируемый показатель у лиц с психическими расстройствами (42,5%). Женщины с психическими расстройствами не участвовали в программах вспомогательной репродукции, поэтому боль-

шее число беременностей у психически здоровых женщин в обеих группах связано с проведением процедуры ЭКО. Беременность вследствие ЭКО чаще наступала при первичном бесплодии, женщины с идиопатическим бесплодием расценивались акушерами-гинекологами как диагностически неясные пациенты, которые также не участвовали в процедуре ЭКО. В связи с этим у всех женщин с психическими расстройствами и у психически здоровых женщин с идиопатическим бесплодием отмечались только спонтанные беременности.

Число спонтанных беременностей значительно меньше у психически здоровых женщин (24,12%) по сравнению с психически больными (42,5%). При этом спонтанно наступившая беременность при идиопатическом бесплодии у женщин с психическими расстройствами встречалась в 2,8 и 3 раза чаще при первичном и вторичном бесплодии, что позволяет предположить влияние на наступление беременности улучшения психического состояния женщины. Однако у них отмечается большее число родов при спонтанной беременности.

У женщин с психическими расстройствами чаще встречаются неразвивающиеся беременности на раннем сроке, выкидыши и угрожающие ранние выкидыши. Сохраняющаяся беременность протекает с многочисленными осложнениями, превышающими таковые у психически здоровых: отеками беременных, нарушением жирового обмена, гестационным сахарным диабетом, анемией, артериальной гипертензией. Такие тяжелые осложнения беременности, как преэклампсия, плацентарные нарушения (изменение строения и функции плаценты) и синдром задержки развития плода, также чаще встречались у психически больных женщин. Согласно клиническим рекомендациям 2021 г. «Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде», подобные нарушения в акушерской практике являются жизнеугрожающим состоянием, с потенциально смертельными осложнениями (HELL-синдром, тяжелая коагулопатия, некроз или разрыв печени, кровоизлияние в мозг) [22].

В целом беременность у психически больных протекала с большим числом осложнений, чем в группах психиче-

Таблица 6.

Гинекологические вмешательства в группах обследованных, n (%)

Table 6.

Gynecological interventions in the studied groups, n (%)

Гинекологические вмешательства	Первичное бесплодие		Вторичное бесплодие	
	психически здоровые женщины (n=148)	женщины с психическими расстройствами (n=84)	психически здоровые женщины (n=80)	женщины с психическими расстройствами (n=36)
Число беременностей	138 (100)	35 (100)	61 (100)	16 (100)
Диатермокоагуляция эктопии шейки матки	7 (4,72)*	2 (2,38)	3 (3,75)	1 (2,77)
Лапароскопия диагностическая	9 (6,08)*	1 (1,19)	2 (2,5)	1 (2,77)
Гистероскопия	27 (18,24)*	3 (3,57)	2 (2,5)	2 (5,54)

ски здоровых. С этими причинами связаны исход беременности и проблемы в родах, что согласуется с данными других исследований [15–17, 20]. Такое положение может быть связано как с влиянием самого психического заболевания на возможность зачатия и течение беременности, так и с приемом психотропных препаратов, как до, так и во время беременности. Речь может идти о возможном тератогенном действии различных психотропных средств, а также их побочных эффектах (нейролептический синдром, повышение уровня пролактина в крови, нарушение толерантности к глюкозе, повышение аппетита и массы тела, кардиотоксические проявления) [23].

Выявлен неодинаковый подход у обследованных пациенток к планированию беременности. Так, гинекологические вмешательства, направленные на преодоление бесплодия, значимо чаще наблюдались у психически здоровых женщин, особенно с первичным бесплодием, что свидетельствует о лучшей способности психически здоровых женщин распоряжаться своими репродуктивными правами, их осознанной позиции родительства. Бесплодие женщинами с психическими расстройствами в большинстве случаев субъективно воспринимается менее эмоционально, беременность и материнство — какотягчающее и нежелательное

обстоятельство. Фактор терапии гинекологических заболеваний у них не является ключевым в плане наступления беременности. Беременность наступает спонтанно вследствие нормализации их психического состояния, менструальной функции, сексуального функционирования, учащения сексуальных контактов [7, 8].

Представляется интересной относительно небольшая частота родоразрешений у психически здоровых женщин, проходивших лечение методом вспомогательной репродукции. Неблагополучный исход беременностей в результате ЭКО может негативно сказываться на психическом состоянии таких женщин.

Заключение. Проведенное исследование позволило сформировать динамические представления о репродуктивном статусе психически больных и психически здоровых женщин с бесплодием. Полученные результаты подтвердили, что репродуктивная функция у женщин тесно связана с их психическим здоровьем, что необходимо учитывать при выяснении причин бесплодия, особенно идиопатического варианта, а также при выборе терапевтической тактики, поскольку улучшение психического состояния может способствовать восстановлению менструальной и репродуктивной функции.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Указ Президента РФ от 09.10.2007 № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» (ред. от 01.07.2014). Собрание законодательства РФ. 2007;42:5009. [Decree of the President of the Russian Federation dated October 9, 2007 No. 1351 "On approval of the Concept of demographic policy of the Russian Federation for the period until 2025" (as amended on July 1, 2014). Collection of legislation of the Russian Federation. 2007;42:5009 (In Russ.).]
2. Серов ВН, Прилепская ВН, Овсянникова ТВ. Гинекологическая эндокринология. 5-е изд. Москва: МЕДпресс-информ; 2015. 528 с. [Sеров ВН, Прилепская ВН, Овсянникова ТВ. *Ginekologicheskaya endokrinologiya* [Gynecological endocrinology]. 5th ed. Moscow: MEDpress-inform; 2015. 528 p. (In Russ.).]
3. Тювина НА, Николаевская АО. Бесплодие и психические расстройства у женщин. Сообщение 1. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2019;11(4):117-24. doi: 10.14412/2074-2711-2019-4-117-124 [Tyuvina NA, Nikolaevskaya AO. Infertility and mental disorders in women. Communication 1. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2019;11(4):117-24. doi: 10.14412/2074-2711-2019-4-117-124 (In Russ.).]
4. Демура ТА, Коган ЕА, Руденко ЕЕ и др. Репродуктивное здоровье женщин как залог безопасности нации. В сб.: Опалева АВ, Рожнова ТМ, редакторы. Здоровье нации — стратегический ресурс геополитики и безопасности государства. Информационная безопасность и дети: Сборник материалов Малого пленарного заседания IV Всероссийской научно-практической конференции, Москва, 27–28 февраля 2020 года. Москва: ООО «ЭКООнис-экологически чистые технологии»; 2020. С. 102-6. [Demura TA, Kogan EA, Rudenko EE, et al. Women's reproductive health as a guarantee of the nation's security. In: Opaleva AV, Rozhnova TM, editors. *Zdorov'ye natsii — strategicheskii resurs geopolitiki i bezopasnosti gosudarstva. Informatsionnaya bezopasnost' i deti: Sbornik materialov Malogo plenarnogo zasedaniya IV Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii, Moskva, 27–28 fevralya 2020 goda* [The health of the nation is a strategic resource of geopolitics and state security. Information security and children: Collection of materials from the Small Plenary Session of the IV All-Russian Scientific and Practical Conference, Moscow, February 27–28, 2020]. Moscow: LLC "EkOOnis-environmentally friendly technologies"; 2020. P. 102-6 (In Russ.).]
5. Барина ЭК, Арютин ДГ. Предикторы бесплодия. *Акушерство и гинекология*. 2023;(4):178-83. doi: 10.18565/aig.2023.66 [Barinova EK, Aryutin DG. Predictors of infertility. *Akusherstvo i ginekologiya* = *Obstetrics and gynecology*. 2023;(4):178-83. doi: 10.18565/aig.2023.66 (In Russ.).]
6. Васильева АВ. Проблемы женского психического здоровья — междисциплинарный ракурс. *РМЖ. Медицинское обозрение*. 2018;(10):51-6. [Vasilyeva AV. Problems of women's mental health — an interdisciplinary perspective. *RMZh. Meditsinskoye obozreniye*. 2018;(10):51-6 (In Russ.).]
7. Тювина НА, Николаевская АО, Балабанова ВВ, Ильченко КН. Сравнительная характеристика репродуктивной функции у психически здоровых и психически больных женщин с бесплодием. *Гинекология*. 2023;25(2):195-201. doi: 10.26442/20795696.2023.2.201838 [Tyuvina NA, Nikolayevskaya AO, Balabanova VV, Ilchenko KN. Comparative characteristics of reproductive function in mentally healthy and mentally ill women with infertility. *Ginekologiya* = *Gynecology*. 2023;25(2):195-201. doi: 10.26442/20795696.2023.2.201838 (In Russ.).]
8. Иванец НН, Тювина НА, Воронина ЕО, Балабанова ВВ. Характеристика репродуктивной функции у женщин, страдающих рекуррентным депрессивным расстройством. *Акушерство и гинекология*. 2019;(3):92-7. [Ivanets NN, Tyuvina NA, Voronina EO, Balabanova VV. Characteristics of reproductive function in women suffering from recurrent depressive disorder. *Akusherstvo i ginekologiya* = *Obstetrics and gynecology*. 2019;(3):92-7 (In Russ.).]
9. 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* = *Psychiatry* (Moscow). 2022;20(1):110-9. doi:10.30629/2618-6667-2022-20-1-110-119 (In Russ.).]

10. Петрова НН, Аристова ТА, Слярова 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.)].
11. Власов ПН. Беременность при эпилепсии. *Эпилепсия и пароксизмальные состояния*. 2009;1(8):13-8. [Vlasov PN. Pregnancy in epilepsy: an evidence-based medicine approach. *Epilepsiya i paroksizmal'nyye sostoyaniya = Epilepsy and Paroxysmal Conditions*. 2009;1(1):8-13 (In Russ.)].
12. Тювина НА, Коробкова ИГ. Сравнительная характеристика клинических особенностей депрессии при биполярном аффективном расстройстве I и II типа. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2016;8(1):22-8. [Tyuvina NA, Korobkova IG. Comparative clinical characteristics of depression in bipolar affective disorders types I and II. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2016;(8)1:22-8. doi: 10.14412/2074-2711-2016-1-22-28 (In Russ.)].
13. Стеняева НН, Хритинин ДФ, Чаусов АА. Гинекологические заболевания как предикторы женской сексуальной дисфункции. *Гинекология*. 2021;23(2):149-54. doi: 10.26442/20795696.2021.2.200784 [Stenyaeva NN, Chritinin DF, Chaushov AA. Gynecological diseases as predictors of female sexual dysfunction. *Ginekologiya = Gynecology*. 2021;23(2):149-54. doi: 10.26442/20795696.2021.2.200784 (In Russ.)].
14. Стеняева НН, Хритинин ДФ. Нейробиологические и психосоматические аспекты бесплодия у женщин. *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*. 2020;(11):21-8. doi: 10.33920/med-01-2011-03 [Stenyaeva NN, Chritinin DF. Neurobiological and psychosomatic aspects of infertility in women. *Vestnik nevrologii, psikhiatrii i neyrokhirurgii = Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*. 2020;(11):21-8. doi: 10.33920/med-01-2011-03 (In Russ.)].
15. Бирюкова ДА, Амян ТС, Гависова АА и др. Влияние стресса на репродуктивную систему женщин: патофизиология и нейроэндокринные взаимодействия. *Акушерство и гинекология*. 2023;(11):36-42. doi: 10.18565/aig.2023.175 [Biryukova DA, Amyan TS, Gavisova AA, et al. The influence of stress on the reproductive system of women: pathophysiology and neuroendocrine interactions. *Akusherstvo i ginekologiya = Obstetrics and Gynecology*. 2023;(11):36-42. doi: 10.18565/aig.2023.175 (In Russ.)].
16. 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. [Tyuvina NA, Voronina EO, Balabanova VV, Goncharova EM. The relationship and interaction of menstrual and generative function and depressive disorders in women. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2018;10(2):45-51. doi: 10.14412/2074-2711-2018-2-45-51 (In Russ.)].
17. 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: 10.14412/20742711-2023-4-45-52 [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 (In Russ.)].
18. Power RA, Kyaga S, Uher R, et al. Fecundity of patients with schizophrenia, autism, bipolar disorder, depression, anorexia nervosa, or substance abuse vs their unaffected siblings. *JAMA Psychiatry*. 2013 Jan;70(1):22-30. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.268
19. Назаренко ТА. Бесплодный брак. Что может и должен сделать врач женской консультации (клиническая лекция). *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2015;15(3):81-5. [Nazarenko TA. Childless marriage. What can and should a female clinic's physician do? (A clinical lecture). *Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa = Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2015;15(3):81-5. doi: 10.17116/rosakush201515381-85 (In Russ.)].
20. Zeng P, Zhang H, Lu L, et al. The causal relationship of female infertility and psychiatric disorders in the European population: a bidirectional two-sample Mendelian randomization study. *BMC Womens Health*. 2024 Jan 19;24(1):54. doi: 10.1186/s12905-024-02888-5
21. Magnus MC, Havdahl A, Morken NH, et al. Risk of miscarriage in women with psychiatric disorders. *Br J Psychiatry*. 2021 Sep;219(3):501-6. doi: 10.1192/bjp.2020.259
22. Клинические рекомендации РОАГ, ААР, АААР «Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде». 2021. 79 с. Доступно по ссылке: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/637_1 [Clinical recommendations of ROAG, AAR, AAAR "Preeclampsia. Eclampsia. Edema, proteinuria and hypertensive disorders during pregnancy, childbirth and the postpartum period". 2021. 79 p. Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/637_1 (In Russ.)].
23. Тювина НА, Столярова АЕ, Воронина ЕО. Депрессии у женщин. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2023. 160 с. [Tyuvina NA, Stolyarova AE, Voronina EO. *Depressii u zhenshchin* [Depression in women]. Moscow: GEOTAR-Media; 2023. 160 p. (In Russ.)].

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

06.02.2024/20.05.2024/21.05.2024

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>

Балабанова В.В. <https://orcid.org/0000-0001-7420-9585>