

# Характеристика психического состояния и репродуктивной функции в динамике у психически больных женщин с бесплодием



Николаевская А.О.<sup>1</sup>, Тювина Н.А.<sup>2</sup>, Тюльпин Ю.Г.<sup>2</sup>, Жилыева Ю.Г.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Кафедра психиатрии и психосоматики и <sup>3</sup>кафедра внутренних болезней №2 ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск; <sup>2</sup>кафедра 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  
<sup>1,3</sup>Россия, 305041, Курск, ул. К. Маркса, 3; <sup>2</sup>Россия, 119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 9

Женщины, страдающие психическими расстройствами, в течение жизни сталкиваются с проблемой наступления беременности и реализации своих репродуктивных прав. Наличие психического расстройства во многом определяет наступление, течение и исход беременности. Ухудшение психического состояния часто сопровождается нарушением менструальной и репродуктивной функции, а улучшение способствует ее восстановлению.

**Цель** исследования — проанализировать отдельные показатели репродуктивной функции у женщин с различными психическими расстройствами и бесплодием в динамике по данным катamnестического обследования.

**Материал и методы.** В исследование включено 120 женщин с различными психическими заболеваниями и бесплодием, которые наблюдались в течение 2 лет у психиатра и гинеколога с проведением лечения имеющихся расстройств.

**Результаты.** У психически больных женщин в 70% случаев наблюдается первичное бесплодие, при этом преобладает идиопатическое бесплодие (63,3%), особенно в рамках вторичного бесплодия (77,8%;  $p < 0,05$ ). Лечение бесплодия гинекологами и психических расстройств психиатрами приводит к нормализации менструального цикла и наступлению беременности. Беременность обычно протекает с акушерскими и соматическими осложнениями (задержка развития плода и невынашивание беременности, выкидыши, плацентарные нарушения, гипертензия, отеки, нарушения жирового обмена, гестационный сахарный диабет). Репродуктивная функция больше всего страдает у больных шизофренией и аффективными расстройствами: они составляют 80,8% от наблюдающихся с бесплодием. Самая низкая фертильность — у больных параноидной шизофренией: беременность наступила у 12,9% пациенток, ни одна не завершилась родами. При шизоаффективном расстройстве забеременели 43,75% женщин, но роды наступили только у 20%. При биполярном аффективном расстройстве (БАР) I типа беременность наступила у 87,5% пациенток (из них родами она завершилась у 57,1%), при БАР II типа — у 43,75% (из них родов — 42,8%), при рекуррентном депрессивном расстройстве — у 60% (из них родов — 50%). При этих расстройствах длительность бесплодия коррелирует с продолжительностью болезни ( $p < 0,05$ ). При невротических расстройствах репродуктивная функция страдает в меньшей степени: беременности наступали при выздоровлении или значительном улучшении состояния в 75–100% случаев, но роды — только в 66,7%. Родоразрешение преимущественно проводилось путем кесарева сечения.

**Заключение.** Репродуктивная функция у психически больных женщин во многом зависит от характера психического расстройства, особенностей его течения, эффективности психотерапии, качества ремиссии, уровня социальной и семейной адаптации, что необходимо учитывать при диагностике и лечении бесплодия.

**Ключевые слова:** психические расстройства; менструальная функция; бесплодие; беременность; репродуктивный статус.

**Контакты:** Ангелина Олеговна Николаевская; [nikolaevskayaao@kursksmu.net](mailto:nikolaevskayaao@kursksmu.net)

**Для ссылки:** Николаевская АО, Тювина НА, Тюльпин ЮГ, Жилыева ЮГ. Характеристика психического состояния и репродуктивной функции в динамике у психически больных женщин с бесплодием. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2024;16(6):36–44. DOI: 10.14412/2074-2711-2024-6-36-44

## Features of mental state and reproductive function in dynamics in mentally ill women with infertility

Nikolaevskaya A.O.<sup>1</sup>, Tyuvina N.A.<sup>2</sup>, Tulpin Yu.G.<sup>2</sup>, Zhilyeva Yu.G.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry and Psychosomatics and <sup>3</sup>Department of internal diseases №2, Kursk State Medical University, Ministry of Health of Russia, Kursk; <sup>2</sup>Department 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  
<sup>1,3</sup>3, K. Marksa St., Kursk 305041, Russia; <sup>2</sup>11, Rossolimo St., Build. 9, Moscow 119021, Russia

Women suffering from a mental disorder are faced with the problem of pregnancy and the realisation of their reproductive rights throughout their lives. The presence of a mental disorder largely determines the onset, course and outcome of pregnancy. A deterioration in mental health is often accompanied by an impairment of menstrual and reproductive function, and an improvement contributes to their recovery.

**Objective:** to analyse individual indicators of reproductive function in women with various mental disorders and infertility in dynamics according to the follow-up data.

**Material and methods.** The study included 120 women with various mental disorders and infertility, who were observed for 2 years by a psychiatrist and a gynaecologist on the background of treatment of the existing disorders.

**Results.** In 70% of cases, mentally ill women have primary infertility, with idiopathic infertility predominating (63.3%), especially in the context of secondary infertility (77.8%;  $p < 0.05$ ). Treatment of infertility by gynaecologists and mental disorders by psychiatrists leads to the normalization of the menstrual cycle and the onset of pregnancy. Pregnancy is usually accompanied by obstetric and somatic complications (fetal growth retardation and miscarriage, placental disorders, hypertension, oedema, lipid metabolism disorders, gestational diabetes mellitus). Reproductive function is impaired mostly in patients with schizophrenia and affective disorders, they account for 80.8% of observed infertility. Fertility is lowest in patients with paranoid schizophrenia: pregnancy occurred in 12.9% of patients, none of them gave birth. In schizoaffective disorder, 43.75% of women became pregnant, but only 20% gave birth. In bipolar affective disorder (BAD) type I, pregnancy occurred in 87.5% of patients (of which 57.1% resulted in a childbirth), in bipolar disorder type II – in 43.75% (of which 42.8% resulted in a childbirth), and in recurrent depressive disorder – in 60% (of which 50% resulted in a childbirth). In these disorders, the duration of infertility correlates with the duration of the disease ( $p < 0.05$ ). In neurotic disorders, fertility suffers to a lesser extent: pregnancy with recovery or significant improvement of the mental condition occurred in 75–100% of cases, but only 66.7% of cases resulted in a child birth. Childbirth was mainly performed by caesarean section.

**Conclusion.** Reproductive function in mentally ill women depends largely on the type of mental disorder, the characteristics of its course, the efficacy of psychopharmacotherapy, the quality of remission and the degree of social and family adaptation, which must be taken into account in the diagnosis and treatment of infertility.

**Keywords:** mental disorders; menstrual function; infertility; pregnancy; reproductive status.

**Contact:** Angelina Olegovna Nikolaevskaya; [nikolaevskayaao@kursksmu.net](mailto:nikolaevskayaao@kursksmu.net)

**For reference:** Nikolaevskaya AO, Tyuvina NA, Tulpin YuG, Zhilyaeva YuG. Features of mental state and reproductive function in dynamics in mentally ill women with infertility. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2024;16(6):36–44. DOI: 10.14412/2074-2711-2024-6-36-44

Сексуальное и репродуктивное здоровье имеет основополагающее значение для благополучия каждого человека и общества в целом и неразрывно связано с понятием репродуктивных прав [1]. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, репродуктивные права – это «право мужчин и женщин на получение информации и на доступ к безопасным, эффективным, недорогим и доступным способам регулирования рождаемости, в соответствии с их выбором, а также право на доступ к надлежащим службам здравоохранения, которые могут обеспечить для женщин безопасные беременность и роды, а также создать для супружеских пар наилучшие возможности для того, чтобы иметь здорового ребенка» [2]. Как и большинство здоровых женщин, лица с психическими расстройствами могут реализовать свои репродуктивные права при возможности забеременеть, выносить и родить ребенка [3]. Однако эта возможность зависит от психического состояния женщины. Сочетанное течение психической патологии и бесплодия уменьшает вероятность зачатия, благополучного вынашивания беременности и последующего родоразрешения [4–6]. Бесплодие у психически больных женщин возникает вследствие нарушения менструальной (более поздний возраст менархе, нерегулярность месячных, скудные/обильные менструальные выделения, неадекватные эмоциональные реакции на менархе) и сексуальной функции (снижение либидо, нерегулярная половая жизнь, аноргазмия) [5–8]. У них чаще отмечаются неразвивающиеся на раннем сроке беременности, выкидыши, многочисленные осложнения беременности [5]. Нарастающая вследствие психического расстройства семейная, трудовая, социальная дезадаптация «наслаивается» на репродуктивные проблемы, что приводит к взаимному усилению этих дестабилизирующих факторов [9–12]. Традиционно понятие бесплодия подразумевает в качестве причинного фактора гинекологические заболевания, которые требуют в ряде случаев не только консерва-

тивного, но и оперативного лечения. Психически больные женщины реже подвергаются гинекологическим вмешательствам, направленным на преодоление бесплодия, и фактор лечения бесплодия гинекологами у них не является ключевым в контексте благоприятного зачатия [4, 5, 11]. Напротив, спонтанное или достигнутое в результате терапии улучшение психического состояния само по себе способствует нормализации менструальной, сексуальной и генеративной функции [6–8].

Дополнительной проблемой для женщин с психическими расстройствами является недоступность, в отличие от здоровых, технологий вспомогательной репродукции [13]. Возможность зачатия и последующего успешного родоразрешения у них возможна в случае улучшения их психического состояния, нормализации менструальной функции, стабилизации сексуальной активности.

Репродуктивные способности психически больных женщин зависят от характера психического расстройства и целого ряда медицинских и социальных факторов [14, 15]. Худшую способность к зачатию обнаруживают женщины с психотическими психическими расстройствами [16–20]. При таких эндогенных заболеваниях, как шизофрения и биполярное аффективное расстройство (БАР), а также аутизме, нервной анорексии, наркотических и алкогольных зависимостях женщины характеризуются более низкой в сравнении с общей популяцией фертильностью, большим числом мертворождений, спонтанных выкидышей, уродств новорожденных [21]. Приведенные данные свидетельствуют о важной, недостаточно изученной проблеме фертильности и репродуктивной функции женщин с психическими расстройствами. Однако практически отсутствуют данные о сравнительных динамических характеристиках менструальной, репродуктивной и сексуальной функции у женщин с различными психическими заболеваниями и бесплодием, что определяет актуальность настоящего исследования.

**Цель** исследования – проанализировать отдельные показатели репродуктивной функции у женщин с различными психическими расстройствами и бесплодием в динамике по данным катamnестического обследования.

**Материал и методы.** В течение 2 лет наблюдались 120 пациенток с бесплодием и психическими расстройствами. Все женщины консультировались гинекологами и психиатрами, проводилось лечение имеющихся расстройств. Возраст больных составлял от 21 года до 40 лет.

**Критерии включения** в исследование: диагноз женское бесплодие (код по Международной классификации болезней 10-го пересмотра N97), который устанавливался врачом акушером-гинекологом согласно действующим критериям; коморбидные женскому бесплодию психические расстройства.

**Критерии исключения:** тяжелые соматические и неврологические заболевания.

Обследованные были разделены на две группы: 1-я группа (n=84) – женщины с психическими расстройствами и первичным бесплодием; 2-я группа (n=36) – женщины с психическими расстройствами и вторичным бесплодием.

Основные методы исследования: клинический, клинико-катamnестический, статистический. Для оценки тяжести психического расстройства была использована Шкала общего клинического впечатления (Clinical Global Impression Scale, CGI).

**Статистическая обработка** полученных результатов проводилась с помощью программы Statistica Stat Soft 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  $\chi^2$  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.

**Результаты.** Из 120 женщин с психическими расстройствами первичное бесплодие отмечалось у 84 (70%), вторичное – у 36 (30%). При этом бесплодие установленной этиологии диагностировано у 44 (36,7%) женщин, идиопатическое бесплодие – у 76 (63,3%), различия статистически значимы ( $p < 0,05$ ).

В группах женщин с первичным и вторичным бесплодием также преобладало идиопатическое бесплодие (57,14 и 77,8% соответственно).

Наиболее часто у обследованных пациенток отмечались расстройства шизофренического спектра и аффективные расстройства (табл. 1).

В группе женщин с психическими расстройствами были установлены прямые корреляционные связи между длительностью психических расстройств и длительностью бесплодия (табл. 2).

Продолжающееся бесплодие было обусловлено длительно текущими эндогенными психическими расстройствами (шизофрения, ШАР, БАР), за исключением РДР. Аналогичная закономерность отмечалась при реактивной депрессии. При таких заболеваниях, как эпилепсия, ГТР и ОКР, корреляционные связи не были установлены ввиду небольшого числа наблюдений.

Образовательный уровень пациенток в обследованных группах в динамике не изменился. Более половины женщин с первичным бесплодием имели высшее и некон-

Таблица 1. Психическая патология в группах обследованных пациенток, n (%)

Table 1. Mental disorders in the patients' groups, n (%)

Диагноз	1-я группа (n=84)	2-я группа (n=36)
Шизофрения, параноидная форма	28 (33,34)	13 (36,1)
ШАР, депрессивный тип	8 (9,52)	4 (11,1)
Эпилепсия	2 (2,38)	1 (2,8)
БАР I типа	6 (7,14)	2 (5,5)
БАР II типа	12 (14,28)	4 (11,1)
РДР	12 (14,28)	8 (22,2)
Реактивная депрессия	8 (9,52)	1 (2,8)
Неврастения	2 (2,38)	1 (2,8)
ГТР	3 (3,58)	1 (2,8)
ОКР	3 (3,58)	1 (2,8)

**Примечание.** ШАР – шизоаффективное расстройство; РДР – рекуррентное депрессивное расстройство; ГТР – генерализованное тревожное расстройство; ОКР – обсессивно-компульсивное расстройство.

Таблица 2. Корреляционные связи между длительностью психических расстройств и длительностью бесплодия, Me [25-й; 75-й перцентили]

Table 2. Correlation between the duration of mental disorder and the duration of infertility, Me [25<sup>th</sup>; 75<sup>th</sup> percentile]

Диагноз	Средняя длительность психического расстройства, годы	Средняя длительность бесплодия, годы	r	p
Шизофрения, параноидная форма	8 [6; 8]	7 [7; 7]	0,549050	<0,05
ШАР, депрессивный тип	3 [2,75; 3,25]	5 [5; 5]	0,687043	<0,05
БАР I типа	3 [2; 3]	2,5 [2; 3]	0,861428	<0,05
БАР II типа	4,5 [4; 4]	3 [3; 3]	0,785872	<0,05
РДР	3,5 [3; 3]	3 [3; 3]	-0,175682	–
Реактивная депрессия	4,5 [4; 4]	3 [2,5; 3]	0,917663	<0,05
Неврастения	7,5 [7; 7]	3 [3; 3]	-0,500000	–

ченное высшее образование, с вторичным бесплодием — преимущественно среднее специальное.

По результатам двухлетнего катамнеза, по сравнению с первоначальными показателями семейное положение большинства пациенток не изменилось, две пациентки развелись с мужьями. Пострадал социальный статус шести женщин: они были уволены в связи с ухудшением психического состояния, необходимостью госпитализации и социальной дезадаптацией (табл. 3).

Анализ отдельных показателей менструальной функции спустя 2 года от первоначального исследования (табл. 4) показал их динамику в результате проведенных ле-

чебных мероприятий по поводу бесплодия (гинекологами) и психических расстройств (психиатрами).

В результате улучшения психического и гинекологического статуса у целого ряда пациенток месячные стали регулярными, количество выделений — умеренным, что повышало возможность наступления беременности.

При первичном бесплодии установлен более ранний средний возраст начала половой жизни: 1-я группа — 18 [18,0; 18,0] лет, 2-я группа — 19 [18,0; 19,0] лет, различия статистически значимы ( $p < 0,05$ ). В результате терапии психических и гинекологических расстройств качество сексуальной жизни улучшилось, но не значимо (табл. 5).

Стабилизация психического состояния, улучшение отдельных показателей менструальной функции приводили к возникновению беременности (табл. 6). У 84 пациенток 1-й группы наступило 35 беременностей, из них 9 — при бесплодии установленной этиологии и 26 — при идиопатическом бесплодии. У 36 больных 2-й группы число беременностей при различных видах бесплодия составило 4 и 12 соответственно. Таким образом, подавляющее большинство беременностей отмечалось у женщин с идиопатическим бесплодием.

Реже всего беременность наступала у больных параноидной шизофренией (12,2%). Низкий показатель числа возникших беременностей (33,3%) отмечен у пациенток с пролонгированной реактивной депрессией. При БАР II типа и ШАР беременность наступила в 43,75 и 41,67% случаев соответственно. С другой стороны, забеременели все пациентки с эпилепсией и неврастенией. На втором месте по числу беременностей были больные БАР I типа (87,5%). Довольно высокая частота беременностей зафиксирована при ГТР (75%), ОКР (75%), рекуррентной депрессии (60%). Наибольшее число беременностей отмечалось при расстройствах, протекающих циклически (с качественными ремиссиями) или сопровождающихся значительным улучшением состояния и выздоровлением.

Наступившая беременность у женщин с психическими расстройствами не была равнозначна рождению ребенка (табл. 7, 8). Родами завершились менее половины беременностей: 17 (48,57%) в 1-й группе и 7 (43,75%) во 2-й группе.

Наступившая беременность протекала с угрозой невынашивания более чем в половине всех случаев в обеих группах. Перестали разви-

Таблица 3. Социально-демографические характеристики пациенток, n (%)

Table 3. Sociodemographic characteristics of patients, n (%)

Показатель	1-я группа (n=84)		2-я группа (n=36)	
	исходно	через 2 года	исходно	через 2 года
Образование:				
среднее	8 (9,5)		—	
среднее специальное	24 (28,6)		28 (77,8)	
неоконченное высшее	8 (9,5)		—	
высшее	44 (52,4)		8 (22,2)*	
Семейное положение:				
замужем	28 (33,3)	26 (30,9)	16 (44,4)	
разведена	56 (66,7)	58 (66,7)	20 (55,6)	
Трудовой статус:				
работает	23 (27,4)	19 (22,62)	20 (55,6)	18 (50)
не работает:	61 (72,6)	65 (77,38)	16 (44,4)	18 (50)
из них уволены из-за болезни	16 (19)	20 (23,8)	4 (11,1)	6 (16,7)

Таблица 4. Характеристика менструальной функции исходно и через 2 года, n (%)

Table 4. Characteristics of menstrual function at baseline and after 2 years, n (%)

Показатель	Бесплодие установленной этиологии (n=44)		Идиопатическое бесплодие (n=76)	
	исходно	через 2 года	исходно	через 2 года
Регулярность месячных	<b>3 (6,8)</b>	<b>19 (43,2)</b>	<b>6 (7,9)</b>	<b>23 (30,3)</b>
Болезненность месячных	10 (22,7)	8 (18,2)	4 (7,9)	3 (3,9)
Менструации:				
скудные	23 (52,3)	19 (43,2)	26 (34,2)	20 (26,3)
обильные	11 (25)	8 (18,2)	33 (43,4)	30 (39,4)
умеренные	<b>10 (22,7)</b>	<b>17 (38,6)</b>	<b>17 (22,4)</b>	<b>26 (34,2)</b>

**Примечание.** Жирным шрифтом выделены статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ). \* —  $p < 0,01$  (φ-критерий углового преобразования Фишера).

Таблица 5. Качество сексуальной жизни, n (%)

Table 5. Quality of sexual life, n (%)

Показатель	1-я группа (n=84)		2-я группа (n=36)	
	исходно	через 2 года	исходно	через 2 года
Регулярность половой жизни	19 (22,6)	26 (30,95)	7 (19,4)	11 (30,5)
Удовлетворенность сексуальной жизнью	8 (9,5)	13 (15,47)	5 (13,9)	8 (22,2)

ваться на раннем сроке 22,85% беременностей в 1-й группе и 25% во 2-й группе, почти треть беременностей завершились выкидышем. Преобладали роды путем кесарева сечения, что свидетельствует о наличии к этому медицинских показаний.

Больше всего беременностей, закончившихся родами, было среди больных с невротическими расстройствами: по 66,7% при неврастении, ГТР и ОКР. Несмотря на относительно невысокую частоту беременностей при реактивной депрессии (33,3%), все они завершились родами. При эндогенных заболеваниях успешное родоразрешение определялось качеством ремиссии. Так, при БАР I типа завершились родами 57,1% беременностей, при рекуррентной депрессии – 50%, при БАР II типа – 42,8%. Противоположная ситуация наблюдается в группе больных параноидной шизофренией: отсутствие качественной ремиссии определило исход немногочисленных беременностей (12,91%) – ни одна из них не завершилась родами. При достаточно большом числе беременностей у больных с шизоаффективным расстройством (43,75%) роды отмечались лишь у одной больной (20%).

Беременность у психически больных женщин часто осложнялась акушерской и экстрагенитальной патологией (табл. 9).

Чаше всего женщины страдали от нарушения жирового обмена (72,54%), гестационного сахарного диабета (54,9%). Почти в половине всех случаев отмечались гестационная анемия (47,05%) и гестационная артериальная гипертензия (45,09%). Самой редкой патологией стало маловодие (7,84%).

Обращаемость женщин с психическими расстройствами к акушерам-гинекологам была низкой, число проведенных гинекологических вмешательств, направленных на преодоление бесплодия, – минимальным: гистероскопия – 5 (9,8%) случаев, диатермокоагуляция эктопии шейки матки – 3 (5,88%), диагностическая лапароскопия – 2 (3,92%).

Проанализированы в динамике показатели психического состояния женщин по Шкале общего клинического впечатления (CGI) для сопоставления их с репродуктивными характеристиками (табл. 10).

Больные параноидной шизофренией обнаруживали значимые ( $p < 0,01$ ) различия по шкале «Индекс эффективности», свидетельствующей о качестве проводимой терапии. Однако улучшение состояния не достигало уровня качественной ремиссии.

Медикаментозная (нейролептическая) пролактинемия, имеющая место при лечении некоторыми антипсихотиками, также способствовала нарушению менструального цикла. Так, непрерывный тип течения, давность и тяжесть психического расстройства, необходимость поддерживающей нейролептической терапии оказывают влияние на качество ремиссии и репродуктивный статус.

При БАР I типа установлены значимые различия по всем подшкалам CGI, что свидетельствует о стабилизации психического состояния, достижении интермиссии. При БАР II типа улучшение психического состояния по подшкалам «Тяжесть болезни» и «Глобальное улучшение» в динамике отмечалось у всех больных. Клинически установлено, что пациентки были привержены купирующей

Таблица 6. Число беременностей у пациенток с различными психическими расстройствами, n (%)

Table 6. Number of pregnancies in patients with various mental disorders, n (%)

Диагноз	1-я группа (n=84; беременностей – 35)		2-я группа (n=36; беременностей – 16)	
	бесплодие установленной этиологии (n=9)	идиопатическое бесплодие (n=26)	бесплодие установленной этиологии (n=4)	идиопатическое бесплодие (n=12)
Шизофрения, параноидная форма (n=41)	–	3 (7,31)	–	2 (4,87)
ШАР, депрессивный тип (n=12)	–	3 (25)	–	2 (16,67)
Эпилепсия (n=3)	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	–
БАР I типа (n=8)	–	5 (62,5)	–	2 (25)
БАР II типа (n=16)	–	3 (18,75)	1 (6,25)	3 (18,75)
РДР (n=20)	2 (10)	7 (35)	–	3 (15)
Реактивная депрессия (n=9)	1 (11,11)	1 (11,11)	1 (11,11)	–
Неврастения (n=3)	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	–
ГТР (n=4)	2 (50)	1 (25)	–	–
ОКР (n=4)	2 (50)	1 (25)	–	–

Таблица 7. Исходы беременностей у женщин с психическими расстройствами, n (%)

Table 7. Pregnancy outcomes in women with mental disorders, n (%)

Показатель	1-я группа	2-я группа
Спонтанно наступившие беременности	35 (100)	16 (100)
Завершились родами, из них: самопроизвольные роды кесарево сечение	17 (48,57) 6 (35,3) 11 (64,70)	7 (43,75) 3 (42,85) 4 (57,14)
Неразвивающаяся на раннем сроке беременность	8 (22,85)	4 (25)
Выкидыш (самопроизвольный аборт)	10 (28,57)	5 (31,25)
Угрожающий ранний выкидыш (частотное распределение)	18 (51,42)	9 (56,25)

терапии депрессивных эпизодов, тогда как гипоманиакальные состояния воспринимались как «желательные, комфортные».

При реактивной депрессии во 2-й группе установлены значимые различия у больных по подшкалам «Тяжесть болезни» и «Глобальное улучшение» в динамике заболевания, что свидетельствует о стабилизации их психического состояния.

**Обсуждение.** В результате клинико-катамнестического сравнительного исследования показателей репродуктивной функции у женщин с различными психическими заболеваниями и бесплодием спустя 2 года после проведения первичного обследования и лечения психиатрами и гинекологами соответствующей патологии выявлены определенные нарушения репродуктивной функции в группах пациенток с первичным и вторичным бесплодием, а также установлены корреляции между характером психического расстройства, его динамикой и возникновением, течением и исходом беременности.

У психически больных женщин преобладает первичное бесплодие (70%). При этом значимо чаще встречается бесплодие неустановленной этиологии — идиопатическое бесплодие (63,3%). Особенно оно доминирует у пациенток с вторичным бесплодием (77,8%), это свидетельствует о том, что нарушение репродуктивной функции у большинства таких женщин обусловлено психическими расстройствами [4, 6, 7, 13, 16, 22]. Это подтверждает и тот факт, что 30% пациенток имеют детей, а бесплодие у большинства из них наступило вследствие возникновения или утяжеления психического расстройства.

Гинекологические причины бесплодия часто не выявляются у психически больных женщин, что может быть связано с низкой обращаемостью за помощью к акушерам-гинекологам, малым числом медицинских вмешательств, направленных на диагностику и лечение бесплодия [13,

17], и подтверждается в настоящем исследовании. Отсутствие тесного контакта с гинекологами может быть следствием более низкого по сравнению с психически здоровыми бесплодными женщинами образовательного уровня и недостаточных представлений о современной репродуктологии [13], а также может быть связано с особенностями психического состояния (дефицит мотивации, воли, подавленное настроение, личностные отклонения, нечетко сформированные родительские установки, безразличное отношение к бесплодию), искажающие рациональный подход к планированию беременности и материнству [13, 19, 23]. Независимо от нозологической принадлежности, женщины с бесплодием и психическими расстройствами отличались магическим мышлением: для лечения бесплодия они прибегали к помощи народных целителей, знахарей, священнослужителей. В наблюдаемой группе к ним обращались большинство (86,7%) пациенток. Для невротических расстройств были характерны рентные установки — получение социальной выгоды от предполагаемой беременности и материнства.

Гинекологи, не обнаружив причин бесплодия, трактуя его как бесплодие неустановленной этиологии, не связывая его с имеющимися у женщин психическими или психологическими проблемами [18].

По данным катамнестического исследования, после двухлетнего лечения пациенток психиатрами и гинекологами у ряда больных восстановился менструальный цикл: у 43,2% женщин с бесплодием установленной этиологии и у 30,3% с идиопатическим бесплодием, что, наряду с улучшением психического состояния, способствовало наступлению беременности [13]. Среди пациенток с первичным бесплодием забеременели 41,7%, со вторичным бесплодием — 44,4%, причем  $\frac{3}{4}$  женщин в обеих группах были с идиопатическим бесплодием, что указывает на преимущественно психосоматический механизм возникновения бесплодия [4, 13]. Однако

результаты исследования свидетельствуют о том, что далеко не все беременности у психически больных женщин заканчиваются родами. При первичном бесплодии родами завершились 48,57% беременностей, при вторичном — 43,75%, причем более половины родов — путем кесарева сечения, что указывает на патологию родовой деятельности. Более чем у половины женщин беременность завершилась прерыванием (выкидышем). По данным норвежских исследователей, 22% выкидышей приходится на психически больных женщин, страдающих тревожными и депрессивными расстройствами, биполярным расстройством, синдромом дефицита внимания и гиперактивности, расстройством личности, нервной анорексией, а также шизофренией [24].

Другие авторы считают, что такие психические расстройства, как шизофрения, БАР, РДР, эпилепсия,

Таблица 8. *Исходы беременностей при отдельных психических расстройствах, n (%)*

Table 8. *Pregnancy outcomes for individual mental disorders, n (%)*

Диагноз	Число беременностей	Неразвивающаяся на раннем сроке беременность	Выкидыш	Роды
Шизофрения, параноидная форма (n=41)	5 (100)	3 (60)	2 (40)	—
ШАР, депрессивный тип (n=12)	5 (100)	2 (40)	2 (40)	1 (20)
Эпилепсия (n=3)	3 (100)	2 (66,7)	—	1 (33,3)
БАР I типа (n=8)	7 (100)	1 (14,3)	2 (28,6)	4 (57,1)
БАР II типа (n=16)	7 (100)	2 (28,6)	2 (28,6)	3 (42,8)
РДР (n=20)	12 (100)	2 (16,7)	4 (33,3)	6 (50)
Реактивная депрессия (n=9)	3 (100)	—	—	3 (100)
Неврастения (n=3)	3 (100)	—	1 (33,3)	2 (66,7)
ГТР (n=4)	3 (100)	—	1 (33,3)	2 (66,7)
ОКР (n=4)	3 (100)	—	1 (33,3)	2 (66,7)

Таблица 9. *Акушерская и экстрагенитальная патология, n (%)*  
 Table 9. *Obstetric and extragenital pathology, n (%)*

Показатель	Значение
Всего беременностей	51 (100)
Всего родов	24 (47,05)
Истмико-цервикальная недостаточность, серкляж шейки матки	12 (23,52)
Отеки, вызванные беременностью	24 (47,05)
Нарушение жирового обмена	37 (72,54)
Преждевременный разрыв плодных оболочек	12 (23,52)
Гестационный сахарный диабет	28 (54,9)
Гестационная анемия	24 (47,05)
Гестационная артериальная гипертензия	23 (45,09)
Многоводие	15 (29,41)
Маловодие	4 (7,84)
Внутриутробное инфицирование	11 (21,56)
Преэклампсия	11 (21,56)
Плацентарные нарушения	9 (17,64)
Синдром задержки развития плода	10 (19,60)

аутизм, злоупотребление психоактивными веществами, являются причиной низкой фертильности пациенток [4, 6, 7, 13, 14, 16, 18, 25]. По мнению некоторых из них, низкая фертильность у психически больных представляет собой вариант естественного отбора [16, 23]. По нашим данным, наиболее распространенными психическими расстройствами у обследованных женщин с бесплодием были шизофренические и эндогенные аффективные расстройства (БАР, РДР). Небольшую долю (7,5%) занимают расстрой-

ства невротического уровня, при которых репродуктивная функция страдает в значительно меньшей степени, что подтвердилось результатами наших исследований. Так, наиболее низкая фертильность отмечалась у женщин с параноидной шизофренией: забеременели всего 12,9% пациенток, при этом ни одна беременность не завершилась родами. При шизоаффективном психозе наблюдался довольно высокий процент беременностей (41,67%), однако только 20% из них завершилось родами. Лучшие показатели по исходу беременности у пациенток с аффективными расстройствами (БАР, РДР), у половины из которых беременность закончилась родами. У трех пациенток, перенесших реактивную депрессию, беременность протекала благополучно и завершилась естественными родами. У женщин с невротическими расстройствами (неврастения, ГТР, ОКР), в отличие от пациенток с эндогенными заболеваниями, беременности возникали при выздоровлении или значительном улучшении состояния, что наблюдалось у большинства обследованных, но родами закончилось лишь 75% беременностей.

У психически больных женщин с бесплодием наступившая беременность осложнялась многочисленными акушерскими и соматическими расстройствами, что также могло влиять на число неразвивающихся беременностей и выкидышей.

Таким образом, наиболее стойкое бесплодие было обусловлено длительно текущими эндогенными психическими расстройствами. Нами были установлены прямые положительные корреляции между длительностью психических расстройств и продолжительностью бесплодия. Подобная аналогия обнаружена также при реактивной депрессии. Полученные данные соотносятся с результатами других исследований, согласно которым при РДР описана уязвимая репродуктивная способность, выражающаяся в меньшем числе беременностей и родов в анамнезе по сравнению с психически здоровыми и большем числе спонтанных выкидышей. У таких пациенток чаще отмечается ранняя менопауза с депрессией в период климактерия [8].

Восстановление менструального цикла и улучшение репродуктивной функции происходит при выздоровлении или стабилизации психического состояния в период ре-

Таблица 10. *Результаты оценки по шкале CGI по данным катмнеза, критерий Манна–Уитни ( $U_{эмн}$ )*  
 Table 10. *Results of the assessment using the Clinical Global Impression Scale based on follow-up data ( $U_{эмн}$ )*

Диагноз	Тяжесть болезни (CGI-S)		Глобальное улучшение (CGI-I)		Индекс эффективности (CGI-E)	
	1-я группа (n=84)	2-я группа (n=36)	1-я группа (n=84)	2-я группа (n=36)	1-я группа (n=84)	2-я группа (n=36)
Шизофрения, параноидная форма	104	10	90,5	5,5	<b>44,5*</b>	<b>1*</b>
ШАР, депрессивный тип	20,5	3	24,5	3	20,5	4
БАР I типа	<b>0*</b>	6	<b>0*</b>	4	<b>0*</b>	1,5
БАР II типа	<b>7*</b>	<b>0*</b>	<b>0*</b>	<b>0*</b>	30	2
РДР	33	2	30	0,5	28	1
Реактивная депрессия	<b>0*</b>	—	<b>0,5*</b>	—	3	—

**Примечание.** Статистически значимые различия: \* –  $p < 0,01$ ; \* –  $0,01 < p < 0,05$ .

миссии [6–8]. Проведенная нами оценка динамики психического состояния по шкале CGI и сопоставление полученных данных с показателями репродуктивного статуса подтвердили это мнение. При параноидной шизофрении не было достигнуто качественной психофармакотерапевтической ремиссии, в отличие от ШАР. Однако ремиссия при ШАР тоже не была полноценной по сравнению с БАР и РДР, что отразилось на показателях репродуктивной функции.

**Заключение.** Проведенное исследование показало, что бесплодие у психически больных женщин, особенно идиопатическое, обусловлено характером психического расстройства, его тяжестью, продолжительностью, наличием ремиссий и возможностью выздоровления. Этот факт необходимо учитывать при диагностике бесплодия и выборе терапевтической тактики, поскольку улучшение психического состояния способствует восстановлению менструальной и репродуктивной функции.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Amnesty International USA. Stop Violence Against Women: Reproductive rights. SVAW. Amnesty International USA (2007). Available at: <https://www.amnestyusa.org/issues/gender-sexuality/sexual-reproductive-rights/>
2. WHO. Reproductive health (2017). WHO; World Health Organization. Retrieved September 6, 2021. Available at: [http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/en/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/)
3. Maybery D, Reupert AE. The number of parents who are patients attending adult psychiatric services. *Curr Opin Psychiatry*. 2018 Jul;31(4):358-62. doi: 10.1097/YCO.0000000000000427
4. Тювина НА, Николаевская АО. Роль психологических и психопатологических факторов в генезе идиопатического бесплодия. *Психиатрия*. 2022;20(1):110-9. doi: 10.30629/2618-6667-2022-20-1-110-119 [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.)].
5. 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.)].
6. 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.)].
7. 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. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2018;10(2):45-51. doi: 10.14412/2074-2711-2018-2-45-51 (In Russ.)].
8. Тювина НА, Столярова АЕ, Воронина ЕО. Депрессии у женщин. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2023. 160 с. [Tyuvina NA, Stolyarova AE, Voronina EO. Depression in women. Moscow: GEOTAR-Media; 2023 160 p. (In Russ.)].
9. 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
10. Al-Worafi YM. Infertility Management in Developing Countries. In: Al-Worafi YM, ed. Handbook of Medical and Health Sciences in Developing Countries. Springer, Cham; 2024. doi: 10.1007/978-3-030-74786-2\_93-1
11. Rooney KL, Domar AD. The relationship between stress and infertility. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018 Mar;20(1):41-7. doi: 10.31887/DCNS.2018.20.1/klrooney
12. Palomba S, Daolio J, Romeo S, et al. Lifestyle and fertility: the influence of stress and quality of life on female fertility. *Reprod Biol Endocrinol*. 2018 Dec 2;16(1):113. doi: 10.1186/s12958-018-0434-y
13. 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 [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 (In Russ.)].
14. Hope H, Parisi R, Ashcroft DM, et al. Fertility trends of women with serious mental illness in the United Kingdom 1992–2017: A primary care cohort study using the clinical practice research datalink. *J Affect Disord*. 2020 May 15;269:141-7. doi: 10.1016/j.jad.2020.03.037. Epub 2020 Mar 20.
15. Pierce M, Abel KM, Muwonge J Jr, et al. Prevalence of parental mental illness and association with socioeconomic adversity among children in Sweden between 2006 and 2016: a population-based cohort study. *Lancet Public Health*. 2020 Nov;5(11):e583-e591. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30202-4
16. 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
17. Hope H, Pierce M, Johnstone ED, et al. The sexual and reproductive health of women with mental illness: a primary care registry study. *Arch Womens Ment Health*. 2022 Jun;25(3):585-93. doi: 10.1007/s00737-022-01214-y. Epub 2022 Apr 2.
18. Vigod SN, Seeman MV, Ray JG, et al. Temporal trends in general and age-specific fertility rates among women with schizophrenia (1996–2009): a population-based study in Ontario, Canada. *Schizophr Res*. 2012 Aug;139(1-3):169-75. doi: 10.1016/j.schres.2012.05.010. Epub 2012 Jun 1.
19. Петрова НН, Подольхов ЕН, Гзгзян АМ, Ниаури ДА. Психические расстройства и личностно-психологические особенности у женщин с бесплодием при лечении ЭКО. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2013;(2):42-9. [Petrova NN, Podolkhov EN, Gzgzyan AM, Niauri DA. Mental disorders and psychological characteristics of infertile women being treated with *in vitro* fertilization. *Obzreniye psikiatrii i meditsinskoy psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2013;(2):42-9 (In Russ.)].
20. Ogawa M, Takamatsu K, Horiguchi F. Evaluation of factors associated with the anxiety and depression of female infertility patients. *Biopsychosoc Med*. 2011 Dec 23;5(1):15. doi: 10.1186/1751-0759-5-15

21. Hernandez-Diaz S, Smith CR, Shen A, et al; North American AED Pregnancy Registry; North American AED Pregnancy Registry. Comparative safety of antiepileptic drugs during pregnancy. *Neurology*. 2012 May 22;78(21):1692-9. doi: 10.1212/WNL.0b013e3182574f39. Epub 2012 May 2.
22. Mazzone PP, Hogg KM, Weir CJ, et al. Comparison of Perinatal Outcomes for Women With and Without Epilepsy: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Neurol*. 2023 May 1;80(5):484-94. doi: 10.1001/jamaneurol.2023.0148. Erratum in: *JAMA Neurol*. 2024 Jun 1;81(6):663. doi: 10.1001/jamaneurol.2024.1248
23. Брутман ВИ. Нарушения инстинкта продолжения рода и репродуктивного поведения женщин в связи с психической патологией. *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2017;17(S2):30-1. [Brutman VI. Violations of the instinct of procreation and reproductive behavior of women in connection with mental pathology. *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov*. 2017;17(S2):30-1 (In Russ.)].
24. 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
25. Насырова РФ. Современное состояние проблемы изучения психического здоровья женщин с патологией репродуктивной системы. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2010;(1):52-5. [Nasyrova RF. State-of-art of the problem of study of mental health of women with reproductive system pathology. *Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii*. 2010;(1):52-55. (In Russ.)].

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

29.08.2024/06.11.2024/07.11.2024

#### 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>

Тюльпин Ю.Г. <https://orcid.org/0000-0003-2957-3956>

Жиляева Ю.А. <https://orcid.org/0000-0002-3844-6062>