

2. Татарчук Т.Ф., Косей Н.В., Альтман И.В., Кондратюк В.А. Эндovasкулярная билатеральная эмболизация маточных артерий в органосохраняющем лечении лейомиомы матки // Репродуктивная эндокринология. - 2011.-№1.-С.10-16.
3. Тихомиров А.Л. Оптимизация микроинвазивного хирургического лечения миомы матки // Русский медицинский журнал. – 2008.-Т.16 - №19. – С. 1228-1231.
4. De Blok S., De Vries C., Prinssen H. M. et al. // Fatal sepsis after uterine fibroid embolization with microspheres / J Vasc Interv Radiol. – 2003. – Vol. 14. – P. 779–783.
5. Kooij S.M., Hehenkamp W.J.K., Volkers N.A. et al. // Uterine artery embolization vs hysterectomy in the treatment of symptomatic uterine fibroids: 5-year outcome from the randomized EMMY trial / Am J Obstet Gynecol. – 2010. – Vol.203, №105.- P.1-13.

УДК 618.175

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

КОСЕЙ Н.В., ВЕТОХ Г.В., КАПШУК И.Н.

г. Киев

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является одним из наиболее распространенных гормональных расстройств с частотой 5-10% у женщин репродуктивного возраста [1]. Это наиболее распространенная причина гиперандрогемии у женщин и самая частая причина ановуляции. Клинически избыток андрогенов проявляется гирсутизмом, акне, тогда как отсутствие овуляции - нарушением менструального цикла. Кроме того, СПКЯ связан с ожирением. Поэтому, возможно, не удивительно, что женщины с СПКЯ испытывают лабильность настроения и депрессию в большей степени, чем женщины без СПКЯ. Во многих исследованиях, например, Hollinrake и др. (2007) было доказано, что уровень тревожности и депрессии выше при СПКЯ, чем у здоровых женщин [2]. Большинство исследователей сосредоточились на депрессии, однако некоторые авторы, такие как Mansson и др. (2008), выявили, что тревожность при СПКЯ - также важная проблема [3].

Предположительно проблемы настроения при СПКЯ вызваны признаками, которые часто сопровождают СПКЯ (тучность, гирсутизм и т.д.). Настроение женщин меняется в зависимости от того, насколько сильно выражены различные признаки СПКЯ, а также от возраста. Например, Farrell и Antoni (2010) предполагают, что выраженные признаки СПКЯ вызовут более сильную депрессию у молодых женщин, чем у более старших [4]. Поскольку СПКЯ вызывает очень много потенциально депрессивных признаков, трудно идентифицировать главную причину депрессии и относительный вклад причинных факторов.

Нередко СПКЯ сочетается с воспалительными заболеваниями органов малого таза. При этом часто отсутствует один из частых признаков СПКЯ – ожирение, который сам нередко бывает причиной депрессивных настроений.

Поэтому целью данной работы стала оценка психоэмоционального статуса и качества жизни у женщин с нормальной массой тела при наличии СПКЯ и воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ).

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 120 женщин с нормальной массой тела, у которых был диагностирован синдром поликистозных яичников согласно критериям Роттердамской конференции 2003 г., из них у 80 пациенток (I группа) СПКЯ протекал на фоне ВЗОМТ, а у 40 женщин (II группа) воспалительных процессов гениталий не было. III группу составили 25 женщин с нормальной массой тела и воспалительными заболеваниями органов малого таза, IV группу 25 здоровых женщин с нормальной массой тела. Группы были сопостави-

мы по возрасту и индексу массы тела. Средний возраст составил в I группе – 26,4±0,82 лет; во II группе – 27,2±1,12 лет; в III группе – 27,6±1,1 лет; в IV группе – 28,5±0,97 лет. Средний индекс массы тела составил в I группе – 23,8±1,4; во II группе – 22,9±1,2; в III группе – 24,2±0,9; в IV группе – 23,6±1,3.

Качество жизни пациенток, участвовавших в исследовании, было оценено с помощью опросника SF-16, а уровень депрессии – шкалы депрессии Бека.

Опросник SF-36 состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале. Из них формируют два параметра: психологический и физический компоненты здоровья.

Шкала депрессии Бека включает в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии. Показатель по каждой категории рассчитывается следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 баллов соответственно с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 62 и снижается в соответствии с улучшением состояния. Результаты теста интерпретируются следующим образом: 0-9 — отсутствие депрессивных симптомов; 10-15 — легкая депрессия (субдепрессия); 16-19 — умеренная депрессия; 20-29 — выраженная депрессия (средней тяжести); 30-63 — тяжёлая депрессия.

Результаты исследования и их обсуждение

После обработки полученных данных было выявлено, что все пациентки I группы испытывали депрессию в той или иной степени, средний балл которых составил 32,71±27,93 и во II группе соответственно 25,52±22,67, что достоверно больше в сравнении с контрольной группой, так как данный показатель составил 4,39±2,31 (p<0,001). Следует отметить, что пациентки III группы испытывали депрессию в более легкой форме, средний балл составил 19,34±16,12 соответственно. Таким образом, уровень депрессии был наиболее высоким у пациенток с сочетанием СПКЯ и воспалительных процессов гениталий (I группа).

Проведенное тестирование пациенток по опроснику SF-16, который включает 8 шкал: физическое функционирование (PF); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RPF); интенсивность боли (BP); общее состояние здоровья (GH); жизненная активность (VT); социальное функционирование (SF); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE); психическое здоровье (MH), представлено в табл. 1.

Средние показатели по шкале психическое здоровье (MH) у пациенток с СПКЯ в I группе 60,25 баллов и во II группе 63,75 баллов достоверно снижены по сравнению с показателями у здоровых - 96,66 баллов. У пациенток с ВЗОМТ (III группа), помимо указанных показателей средний балл по шкале интенсивности боли (BP) также был ниже, чем у здоровых - 57,76 баллов против 81,44 баллов соответственно, однако не до такой степени как у женщин I группы – 43,4 балла. При этом у женщин с СПКЯ и ВЗОМТ (I группа) были самыми низкими средние показатели по всем шкалам опросника SF-16.

Таблица 1

Оценка опросника SF-16

Шкалы	I группа средн. знач. (мин-макс.) (n=80)	II группа средн. знач. (мин-макс.) (n=40)	III группа средн. знач. (мин-макс.) (n=25)	IV группа средн. знач. (мин-макс.) (n=25)
PF	90,75(90-95)	91,62(95-100)	91,2(90-95)	97,8(95-100)
RPF	79,06(75-100)	82,5(75-100)	83(75-100)	97,3(75-100)
BP	43,4*(36-68)	77,6(68-100)	57,76*(52-84)	81,44(84-100)
GH	37,4*(41-50)	43,2*(41-50)	44,6*(41-50)	99,16(97-100)

Продолжение табл. 1

Шкалы	I группа средн. знач. (мин-макс.) (n-80)	II группа средн. знач. (мин-макс.) (n-40)	III группа средн. знач. (мин-макс.) (n-25)	IV группа средн. знач. (мин-макс.) (n-25)
VT	52,3*(35-75)	66,8*(35-75)	53,6*(35-75)	95,8(85-100)
SF	62,5*(50-75)	68,5*(62,5-87,5)	72,5*(62,5-87,5)	96,5(87,5-100)
RE	9,9(0-33)	12,37(0-33)	26,4(0-33)	89,76(66-99)
MH	60,25*(52-76)	63,75*(52-76)	76,48(64-88)	96,66(88-100)

Примечание: * - $p < 0,001$

Выводы

Согласно данным исследователей, распространенность депрессии у женщин с СПКЯ колеблется в пределах от 28 до 64 %, а частота тревожности у женщин с данным заболеванием находится в пределах от 34 до 57 %, так как симптомы СПКЯ могут являться причиной психологических расстройств.

В нашем исследовании практически все пациентки I группы (92,5%) были подвержены депрессии в той или иной степени. Количество пациенток II и III групп, страдающих депрессией, было меньше (53,75% и 47,% соответственно), а степень тяжести депрессии была ниже. Это заставило нас думать, что фактической детерминантой депрессии были не только симптомы, связанные с поликистозом яичников, но и физическая боль, характерная для воспалительных заболеваний органов малого таза.

Таким образом, в нашем исследовании было доказано, что у пациенток с СПКЯ И ВЗОМТ затронут как физический, так и психологический компонент здоровья. Но психологический компонент играет значительно большую роль в качестве жизни пациенток исследуемых групп. При этом не было существенных различий между данными пациенток с изолированным СПКЯ или только с воспалительными процессами гениталий, в то время как сочетание СПКЯ и ВЗОМТ приводило к существенному снижению качества жизни.

СПКЯ является фактором риска для развития психосоциологических и эмоциональных проблем. Следует отметить, что сочетание СПКЯ с воспалительными заболеваниями гениталий усиливает болевые ощущения и физический дискомфорт, а также усугубляет эмоциональное состояние женщины и значительно снижает качество жизни. Комплексная коррекция психоэмоционального статуса и диагностированных нарушений будет способствовать увеличению эффективности психосоциальной адаптации и терапии патологических состояний.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Franks S* Polycystic ovary syndrome. *N Engl J Med* 1995;333:853-861.
2. *Hollinrake E, Abreu A, Maifeld M, Van Voorhis BJ, Dokras A* Increased risk of depressive disorders in women with polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 2007;87:1369-1376.
3. *Mansson M, Holte J, Landin-Wilhelmsen K, Dahlgren E, Johansson A, Land n M* Women with polycystic ovary syndrome are often depressed or anxious—a case control study. *Psychoneuroendocrinology* 2008;33:1132-1138.
4. *Farrell K, Antoni MH.* Insulin resistance, obesity, inflammation, and depression in polycystic ovary syndrome: biobehavioral mechanisms and interventions. *Fertil Steril* 2010;94:1565-1574.
5. *Tan S, Hahn S, Benson S, Janssen OE, Dietz T, Kimmig R, Hesse-Hussain J, Mann K, Schedlowski M, Arck PC, Elsenbruch S.* Psychological implications of infertility in women with polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod.* 2008 Sep;23(9):2064-71.