

УДК: 616.43:577.175.62

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ

**Бобокулова Сарвара Бахтиёрвна**

*Бухарский государственный медицинский*

*институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан*

**Аннотация.** В данной статье приведены данные изучения психологической сферы женщин с гиперандрогеническим синдромом (ГС). Исследование посвящён проблеме распространенности тревожных и депрессивных расстройств у женщин с гиперандрогенией, актуальность которой не вызывает сомнения. Обследованы 76 женщины репродуктивного возраста с верифицированным диагнозом ГС. Проведены субъективные (анкетно-опросный метод с использованием краткого опросника) и объективные (оценка гирсутизма по шкале Ферримана-Галлвея) методы исследования.

Результаты исследования свидетельствуют о значительной частоте тревожно-депрессивных нарушений при ГС, которые в наших исследованиях имело место в 42,8 % случаев.

**Ключевые слова:** тревога, гирсутизм, депрессия, качество жизни, гиперандрогения, гормоны, индекс массы тела.

## THE PSYCHOLOGICAL PROFILE OF WOMEN WITH HYPERANDROGENISM

**Bobokulova S.B.**

*Bukhara state Medical Institute named  
after Abu Ali ibn Sina, Bukhara, Uzbekistan*

**Abstract.** This article presents data from a study of the psychological sphere of women with hyperandrogenic syndrome (HS). The study is devoted to the problem of the prevalence of anxiety and depressive disorders in women with hyperandrogenism, the relevance of which is beyond doubt. 76 women of reproductive age with a verified diagnosis of HS were examined. Conducted subjective (questionnaire-survey method using a short questionnaire) and objective (assessment of hirsutism on the Ferriman-Gallway scale) research methods. The results of the study indicate a significant frequency of anxiety-depressive disorders in HS, which in our studies occurred in 42.8% of cases.

**Key words.** anxiety, hirsutism, depression, quality of life, hyperandrogenism, hormones, body mass index.

**Введение.** Гиперандрогенический синдром (ГС) - патологическое состояние, вызванное избытком количества мужского гормона в крови женщины, которое в репродуктивном возрасте по данным различных исследований составляет от 6–до 26 % [1,2].

Проблема приобрела социальную значимость и привлекла к себе повышенный интерес в виду того, что сопряжена высоким риском бесплодия в семье. К ведущим клиническим проявлениям гиперандрогении относятся нарушения менструального цикла (характеризующиеся его нерегулярностью, редкими менструациями, аномальными маточными кровотечениями), бесплодие (обычно в результате хронической ановуляции или олигоовуляции). Но особой чертой проявления гиперандрогении являются кожные изменения в виде гирсутизма, жирной кожи, появление угревой сыпи на лице и себореи, которые немаловажно влияют на психологическое поведение нежного пола. В литературе нередко можно встретить о проявлениях тревожности, раздражительности и невротичности, а порой даже агрессивности и депрессии у женщин с вышеуказанными кожными проявлениями. Также к понижению настроения могут привести такие симптомы, как понижение тембра голоса, андрогенная алопеция, черный акантоз [3,4,5]. Это ещё раз убеждает нас о

несомненной роли хронических гормональных расстройств в развитии психических проявлений, что согласуется с концепцией М.Блейлера о роли хронически протекающих эндокринных патологий в развитии специфических психических отклонений [6].

В настоящее время проведены исследования, которые указывают на то, что основную значимость в диагностике гиперандрогении несет только гирсутизм и черный акантоз, тогда как акне может быть всего лишь сомнительной предпосылкой [7].

Одним из объективных изменений, наблюдаемых при гиперандрогении, является гирсутизм-повышенное оволосение в андрогензависимых местах. Самой распространённой диагностической шкалой для оценки степени гирсутизма является шкала Ферримана-Галлвея, которая применяется у женщин от подросткового возраста до периода перименопаузы. Шкала оценивает распространённость терминальных волос в 9 андрогенозависимых зонах по пятибалльной шкале (от 1 до 4 баллов). Интерпретация полученных данных оценивается следующим образом: показатель по шкале Ферримана-Галлвея до 8 баллов свидетельствует о наличии лёгкой степени гирсутизма, 8-15 баллов – об умеренной, 15 и более – о выраженной степени проявления [8,9,10].

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** Изучить распространённость тревожно-депрессивных состояний у женщин с гиперандрогенией в сочетании с дерматологическими проявлениями.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ:** В исследовании включены 76 женщин с гиперандрогенией, которые составили основную группу. В группу сравнения включены 20 практически здоровых женщин репродуктивного возраста. Исследование проводилось в Бухарском областном перинатальном центре и в областном центре репродуктивного здоровья населения. Изучены анамнестические и субъективные, объективные, антропометрические данные всех обследованных женщин.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.** Средний возраст обследованных женщин составил  $28,27 \pm 2,04$  года и колебался в пределах от 23 до 36 лет. Антропометрическое исследование показателей больных с гиперандрогенией базировался на основе определения индекса массы тела женщин и составлял  $25,92 \pm 1,0$  (22,01—32,1) кг/м. Тщательно собран анамнез у всех обследованных женщин. Изучение особенностей становления менструального цикла у этого контингента больных выявило, что средний возраст менархе составил  $15,27 \pm 0,51$  (13—17) года.

В таблице №1 приведены данные изучения кожных проявлений, связанных с гиперандрогенией:

Таблица №1

**Дерматологические изменения, связанные с гиперандрогенией**

Дерматологические признаки	Основная группа n=76		Контрольная группа n=20	
	абс	%	абс	%
Акне	36	37,5	6	6,2
Чёрный акантоз	24	25	5	5,2
Андрогенная алопеция	11	11,4	2	2
Себорея	5	5,2	1	1

Как видно из таблицы, угри и чёрный акантоз отмечались наиболее частыми дерматологическими изменениями у женщин с гиперандрогенией.

Из специфических изменений, наблюдаемых при гиперандрогении, изучалась частота гирсутизма. При исследовании степени гирсутизма по шкале Ферримана-Галлвея были определены следующие результаты, которые представлены в таблице №2.

Таблица №2

**Степень гирсутизма у обследованных больных**

Степени гирсутизма	Основная группа n=76		Контрольная группа n=20	
	abc	%	abc	%
наличии гирсутизма (>8 баллов)	19	29,1	3	3,2
умеренный гирсутизм (8-15 баллов)	28	34,3	0	0
выраженный гирсутизм (>15 баллов).	15	15,6	0	0

Как показано в таблице, одним из наиболее частых клинических признаков гиперандрогении оказался гирсутизм, который составлял 82,2% обследованных женщин.

В рисунках №1-3 иллюстрируются проявления гирсутизма у больной М, 24 года с вторичным бесплодием на фоне гиперандрогении.



Рисунок №1. Гирсутизм в нижней части живота (Собственное наблюдение авторов)



Рисунок №2. Гирсутизм в области ареол молочной железы (Собственное наблюдение авторов)



Рисунок №3. Гирсутизм в области подбородка (Собственное наблюдение авторов)

Степень выраженности тревожно- депрессивных состояний оценивалось по госпитальной Шкале Тревоги и Депрессии (HADS), результаты которых представлены в таблице №3. Результаты опроса интерпретировались по набранным баллам, где от 0 до 7 баллов указывало на нормальное состояние (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии), от 8 до 10 баллов указывало на субклинически выраженную тревогу или депрессию. Клинически выраженную тревогу или депрессию диагностировали у женщин с оценкой баллов от 11 и выше.

Таблица №3

**Степень выраженности тревожно-депрессивных состояний**

Вопросы	Ответы	абс	%
		n=76	

То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство	0- определенно, это так	8	10,5
	1-наверное, это так	31	40,7
	2- лишь в очень малой степени, это так	12	15,7
	3 - это совсем не так	25	32,8
Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное	0- определенно, это так	9	11,5
	1- наверное, это так	36	47,3
	2- лишь в очень малой степени, это так	14	18,4
	3 - совсем не способен	17	22,3
Я испытываю бодрость	0-совсем не испытываю	22	29
	1- очень редко	9	11,8
	2 - иногда	15	19,7
	3- практически все время	30	39,4
Мне кажется, что я стал все делать очень медленно	0-практически все время	26	34,2
	1 - часто	32	42,1
	2- иногда	11	14,4
	3 - совсем нет	7	9,2
Я не слежу за своей внешностью	0-определенно, это так	26	34,2
	1 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно	14	18,4
	2 - может быть, я стал меньше уделять этому времени	32	42,1
	3- я слежу за собой так же, как и раньше	4	5,2
	0-точно так же, как и обычно	3	3,9

Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения	1- да, но не в той степени, как раньше	38	50
	2- значительно меньше, чем обычно	17	22,3
	3- совсем так не считаю	18	23,6
Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы	0-часто	12	15,7
	1 - иногда	16	21
	2 - редко	27	35,5
	3 - очень редко	21	27,6

Как видно из таблицы, преобладающую долю среди женщин с гиперандрогенией составили пациентки с наличием того или иного, а нередко несколько симптомов тревоги или депрессии.

Представляют интерес результаты проведённого исследования, свидетельствующие о большей распространённости тревоги в группе обследованных женщин. Результат опроса также указывает на существенное снижение качества жизни пациенток.

**Вывод.** Очевидно, что высокий уровень тревожно- депрессивных состояний у пациенток с гиперандрогенным синдромом, возможно связан с неудовлетворенности своей внешностью по поводу ожирения и дерматопатий, проявляющимся в основном гирсутизмом, акне и черным акантозом. Зачастую это приводит к снижению самооценки, комплексованию в кругу сверстниц. Это диктует необходимость оценить проблему гиперандрогении не только как медицинскую, но и психосоциальную.

**Список литературы:**

1. Ахундова Н.Э., Алиева Э.М., Мамедгасанов Р.М. Патогенез, клинические проявления, диагностика гипергонадотропного гипогонадизма у женщин с гиперандрогенией в репродуктивном периоде\\ Клиническая медицина. 2017; 95(12).С.-1101-1105
2. Ашурова Н.Г., Бобокулова С.Б. Распространенность клинических проявлений гиперандрогении у женщин репродуктивного возраста.\\ Тиббиётда янги кун 2 (34/3)2021 С.-105-108
3. Ашурова Н.Г., Бобокулова С.Б., Жумаева М.М. Ещё один взгляд на проблему ювенильного возраста\\Электронный научный журнал Биология и интегративная медицина №2 – март-апрель (42) 2020 С-95-107
4. Асатова М.М., Насирова Г.У. Реабилитация репродуктивной функции у женщин с гиперандрогенией яичникового генеза. \\Новости дарматовенерология и репродуктивного здоровья. 2011 2-3 С.-35-37
5. Бобокулова С.Б. Течение гипоменструального синдрома у девочек-подростков\\ Новый день в медицине.-4 (34)- 2020 С-118-121.
6. Белкин А.И. Манфред Блейлер(при участии Р.Гесс). Эндокринологическая психиатрия. Штутгарт, 1954. 498 с. (Endocrinologische Psychiatrie, M.Bleuler, Miteinem Beitrag von R.Hess, Stuttgart, Thieme, 1954) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1957. Т. LVII, №2. С. 271–282.
7. Бобокулова С. Б. Встречаемость гиперандрогении в структуре репродуктивных нарушений у женщин\\ Сборник материалов V международного молодежного научно-практического форума. 22 апреля 2021 г. Оренбург.С.-203
8. Zaripova D.Ya., Abdullaeva M.A., Sultonova N.A., Ahmedov F.K., Nasirova Z.S., Umurov E.U., Shukrullaeva G.Zh. Optimizaciya mer diagnostiki rannej menopauzy i prezhdevremennoj menopauzy. Zhurnal Reproaktivnoe zdorov'e vo stochnaya Evropa. 2024;14 (5). S.617-628.

9. Ashurova NG, Bobokulova SB. Prediction of menstrual-ovarian cycle disorders in adolescent girls based on the study of genetic markers. Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist. 2024;24(5):12-18. (In Russ.)
10. Li Wang., Shulan Lv., Fen Li., Xuewen Yu., E. Bai. Дефицит витамина D связан с факторами метаболического риска у женщин с синдромом поликистозных яичников: перекрестное исследование в провинции Шэньси, Китай\\ Front Endocrinol (Lausanne) 2020; 11: 171. Published online 2020 Mar 31. doi: 10.3389/fendo.2020.00171