

КЛИНИКА И СТРУКТУРА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ, ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ИЗБЫТОЧНЫМ ПОСТУПЛЕНИЕМ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ РЕСУРСОВ



Магзумова Шахноза Шахзадэевна, Талипова Нозима Шоолимовна
Ташкентский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Ташкент

ЭНЕРГИЯ РЕСУРСЛАРИНИНГ ОРТИҚЧА ИСТЕЪМОЛИ БИЛАН БОҒЛИҚ СЕМИЗЛИККА ЧАЛИНГАН АЁЛЛАРДА УЧРАЙДИГАН ПСИХОПАТОЛОГИК СИНДРОМЛАРНИНГ КЛИНИКАСИ ВА ТУЗИЛИШИ

Магзумова Шахноза Шахзадэевна, Талипова Нозима Шоолимовна
Тошкент давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

CLINIC AND STRUCTURE OF PSYCHOPATHOLOGICAL SYNDROMES OBSERVED IN WOMEN WITH OBESITY CAUSED BY EXCESSIVE ENERGY INTAKE

Magzumova Shakhnoza Shakhzadayevna, Talipova Nozima Shoolimovna
Tashkent State Medical University, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: tolipovanozima742@gmail.com

Резюме. Ушбу тадқиқотнинг мақсади аёлларда алиментар семизлик шароитида психик бузилишларнинг шаклланиши, ривожланиши ва клиник кўринишлари хусусиятларини ўрганишдан иборат. Турли шикоятлар билан поликлиникага мурожаат қилган 108 нафар аёл текширувдан ўтказилди. Клиник, клиник-катамнестик ва статистик усуллар қўлланилди. Тадқиқот натижасига кўра, семизлик билан оғриган беморларда энг кўп учрайдиган синдромлар астеник ва хавотирли синдромлар, шунингдек, хавотир-депрессивли ҳолатлар эканлиги аниқланди. Олинган маълумотлар семизлиكنи таъхислаш ва даволашда, руҳий ҳолатни баҳолашни ўз ичига олган комплекс ёндашув зарурлигини кўрсатади.

Калим сўзлар: алиментар семизлик, психопатология, астеник синдром, хавотирли бузилиш, аёллар саломатлиги.

Abstract. The aim of this study is to examine the features of formation, development, and clinical presentation of mental disorders in women with alimentary obesity. A total of 108 women who sought medical attention at outpatient clinics with various complaints were examined. Clinical, clinical-follow-up, and statistical methods were used. It was found that asthenic and anxiety syndromes, as well as anxiety-depressive states, were most commonly observed in patients with obesity. The findings emphasize the need for a comprehensive approach to the diagnosis and treatment of obesity, including an assessment of mental health.

Keywords: alimentary obesity, psychopathology, asthenic syndrome, anxiety disorder, women's health.

Актуальность. Ожирение, характеризующееся как хроническое, прогрессирующее, рецидивирующее и поддающееся лечению состояние, сегодня признано глобальной проблемой общественного здравоохранения. Влияние этой проблемы на психическое здоровье женщин также становится всё более значимой областью интереса [9,3]. В 2020 году более 1,9 миллиарда взрослых людей во всём мире превысили порог ожирения, а к 2025 году, по оценкам, около 2,3 миллиарда человек в мире будут иметь избыточный вес, а 700 миллионов столкнутся с ожирением. Более того, к 2030 году, по прогнозам, один миллиард человек, включая каждую пятую женщину и каждого седьмого мужчину в мире, будут жить с ожирением [1].

Рост распространенности ожирения среди женщин можно объяснить такими факторами, как снижение физической активности с возрастом и увеличение потребления высококалорийных продуктов. Эти факторы тесно связаны с изменениями образа жизни и уровнями активности [2,7]. Кроме того, психологические факторы также могут влиять на пищевое поведение; депрессия, тревожность и связанные с ними чувства напряжения могут приводить к самоуничижению, неприятию своей фигуры, стрессу и проблемам в межличностных отношениях [8].

Вызывание физиологических и поведенческих изменений негативным эмоциональным опытом усиливает связь между психическим здоровьем и ожирением [5,4]. Например, стигматиза-

ция, связанная с весом, указывается как фактор, провоцирующий психический стресс и создающий порочный круг, способствующий увеличению веса [6,5,7].

Избыточный вес и распространённые психические расстройства являются важными проблемами общественного здравоохранения, которые растут среди населения во всём мире и привлекают внимание исследователей к определению причинно-следственной связи между ними [8].

Поэтому целью данного исследования явилось изучение особенности формирования, развития и клиники психических расстройств у женщин с ожирением, обусловленным избыточным поступлением энергетических ресурсов.

Материалы и методы исследования: в исследовании приняли участие 108 взрослых женщин страдающих ожирением, обусловленным избыточным поступлением энергетических ресурсов в возрасте от 18 до 49 лет. Все пациенты находились в удовлетворительном физическом состоянии, а имевшиеся у них сопутствующие заболевания (эндокринологические, сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные и др.) были в стадии компенсации.

Всем больным было проведено общеклиническое обследование, включающее в себя: сбор анамнеза и объективный осмотр с оценкой антропометрических данных: массы тела (кг), роста (м). Степень ожирения определялась с помощью Индекса Массы Тела (ИМТ), который определялся по формуле: масса тела (кг) / рост

(м²). Избыток массы тела - ИМТ=25-29,9 кг/м², ожирение I степени - ИМТ=30-34,9 кг/м², ожирение II степени - ИМТ=35-39,9 кг/м², ожирение III степени (морбидное) - ИМТ= > 40 кг/м².

В исследовании использованы клинико-психопатологический и статистические методы. Клинико-психопатологический включал в себя интервьюирование, целенаправленный и систематизированный сбор анамнестических сведений о жизни и болезни. В ходе беседы фиксировались психотравмирующие события и обстоятельства жизни, которые находились в центре переживаний больных. Анамнестические сведения дополнялись и сопоставлялись с данными клинического наблюдения. Существенное значение имели анамнестические сведения, полученные как от самих женщин, так и от их родственников.

Результаты и обсуждения. К моменту исследования возраст больных составлял от 18 до 49 лет (таблица № 1). Количество обследованных младше 20 лет составило 7 человек (6,5% и), в возрасте 20-29 лет составило 28,7%, 30-39 лет – 42,6%, 40-49 лет – 22,2%.

Как видно из таблицы 1, в которой представлены процентные соотношения возрастных категорий исследуемых женщин, наиболее значительная доля приходилась на возраст 30-39 лет. На втором месте по частоте встречаемости выявлялись женщины 20-29 лет. Средний возраст обследованных женщин составил 32,85 года.

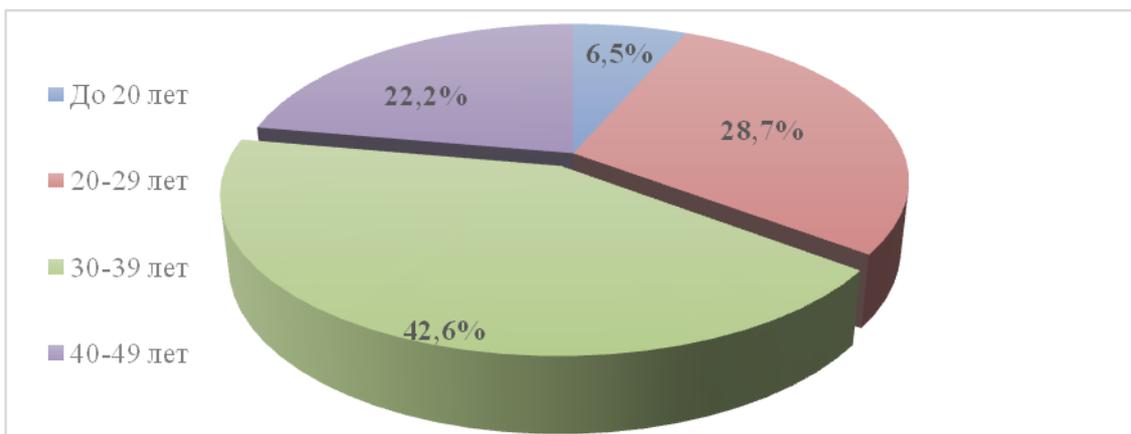


Рис. 1. Распределение обследованных женщин по возрасту

Таблица 1. Распределение больных по степени ожирения

Степень ожирения (ИМТ, кг/м ²)	Группа исследуемых женщин	
	Абс.	%
Избыточная масса тела (25-29,9)	15	13,9
Ожирение I степени (30,0- 34,5)	17	15,7
Ожирение II степени (35,0- 39,9)	42	38,9
Ожирение III степени (40 и более)	34	31,5
Всего	108	100

Таблица 2. Возраст начала набора веса

Возраст	Группа исследуемых женщин	
	абс.	%
До 20 лет	22	20,37%
20 - 25 лет	41	37,96%
25 - 30 лет	25	23,14%
Старше 30 лет	20	18,51%
Итого	108	100%

Таблица 3. Длительность ожирения на момент обращения

Момент обращения	Группа исследуемых женщин	
	абс.	%
До 5 лет	38	35,18
5 - 10	17	15,74
10-15	11	10,18
15-20	23	21,29
Свыше 20	19	17,59
Итого	108	100%

Таблица 4. Распределение больных по синдромам психических расстройств

Синдромы	Группа исследуемых женщин	
	абс.	%
Астенический	21	19,44%
Тревожный	18	16,67%
Тревожно-депрессивный	13	12,04%
Тревожно- фобический	12	11,11%
Депрессивный	12	11,11%
Астено-депрессивный	11	10,18%
Ипохондрический	9	8,33%
Обсессивный синдром	7	6,48%
Конверсионный синдром	5	4,64%
Всего	108	100%

Анализ распределения степени ожирения среди обследованных женщин (таблица №2) показал следующие результаты: избыточная масса тела (ИМТ 25–29,9 кг/м²) была выявлена у 15 участниц, что составило 13,9% выборки.

Ожирение I степени (ИМТ 30,0–34,9 кг/м²) наблюдалось у 17 женщин (15,7%). Наиболее распространённой категорией оказалось ожирение II степени (ИМТ 35,0–39,9 кг/м²), которое диагностировано у 42 женщин, или 38,9% от общего числа. Ожирение III степени (ИМТ ≥ 40 кг/м²) зарегистрировано у 34 участниц, что составляло 31,5%.

Анализ представленной таблицы №2. возрастного распределения исследуемой группы женщин показало следующее: 20,37% исследуемых начали набирать избыточную массу тела с момента полового созревания.

Следует отметить, что к 25-ти годам большинство обследованных уже имели различное количество лишнего веса (37,96%). Только 1/5 часть (18,51%) обследованных начали набирать вес после 25 лет (таблица №3). Средний возраст начала прибавки веса составил примерно 24,44 года.

Количество пациентов, обратившихся за помощью в течение пяти лет от момента начала набора веса, составило 38 (35,18%). Это может указывать на то, что значительное число пациенток обращаются на начальных этапах развития ожирения, вероятно, из-за выраженной психологической или эстетической неудовлетворённости. Женщины с длительностью ожирения более 15 лет составляют 37,88% (23 + 19 = 42 чел.), что указывает на наличие хронической формы ожирения у трети исследуемых.

Таким образом, в группе исследования преобладали женщины, находящиеся в наиболее активном и трудоспособном периоде жизни, зачастую совпадающем с этапом карьерного становления или профессионального расцвета. 85,2% обследованных женщин имели различные степени ожирения (I–III), и только 13,9% имели избыточную массу тела без ожирения. Наиболее часто встречающейся формой ожирения была вторая степень, что указывает на выраженные нарушения массы тела у значительной части выборки. У большинства женщин набор веса начался в возрасте 20-25 лет, желание нормализовать вес было максимальным при небольшом стаже ожирения и,

уменьшалось со временем. Чем дольше длился ожирение, тем выше становилась вероятность развития устойчивых психопатологических синдромов (астено-депрессивного, тревожного и др.), развития соматических осложнений (сахарный диабет, гипертония) и формирования сниженной мотивации к терапии и сопротивления лечению.

У женщин с алиментарным ожирением на момент обследования выявлялись так называемые непсихотические психопатологические состояния. Анализ распространённости психопатологических синдромов среди женщин показал, что наибольшую частоту имел астенический синдром (19,44%), за ним следовали тревожный (16,67%) и тревожно-депрессивный (12,04%) синдромы. Наименьшая доля пришлась на конверсионный синдром (4,63%).

Во всех подгруппах ведущим из выявленных синдромов был астенический, являющийся фоновым для других нервно-психических расстройств. Больных с астеническим синдромом оказалось (21) 19,44%. Они жаловались повышенную утомляемость, ослабление или утрату способности к продолжительному физическому и умственному труду. У них наблюдались раздражительная слабость, проблемы с засыпанием, чувство сонливости днём, беспокойный сон, который не приносит отдыха, чувство слабости или потери энергии, нервозность, беспокойство, плаксивость. Их нередко беспокоили головные боли, вегетативные проявления в виде потливости, колебания АД, неприятных ощущений в области сердца, подташнивания, что способствовало возникновению тревожных опасений по поводу своего соматического здоровья, необоснованных страхов за себя и своих близких. При этом не предпринималось попыток обратиться к врачу, проверить соматическое состояние, некоторые пациентки пытались обращаться к «читающим, целителям», получали временное облегчение и вновь через некоторое время погружались в состояние слабости и ожидания болезни.

Тревожный синдром наблюдался у 18 человек (16,67%). Основными причинами развития тревожных расстройств у женщин с ожирением являлись неудовлетворенность своей внешностью и опасения за свое здоровье. Больных с тревожным синдромом беспокоило чувство внутреннего беспокойства, дрожь, возникающие излишние переживания «по любому поводу». Важно отметить, что лишь малая часть пациентов с тревожными расстройствами при беседе с врачом общей практики рассказывали о признаках тревоги, остальные же описывали исключительно соматизированные симптомы. Среди последних наиболее часто отмечались такие жалобы, как: сердцебиение, повышение АД, одышка, приливы жара или холода, потливость, тошнота, дискомфорт в жи-

воте, учащенное мочеиспускание, головные боли, чувство зажатости и невозможности расслабиться, суетливость, неусидчивость, дискомфорт или боли в мышцах. Кроме того, пациенток беспокоили ощущение взвинченности или пребывания на грани срыва, повышенная пугливость, трудность концентрации внимания, нарушение засыпания или частые пробуждения, раздражительность или нетерпеливость.

Тревожно-депрессивные состояния наблюдались у 13 (12,04%) женщин, больные жаловались на чувство сниженное настроение, у них отмечались идеи самообвинения и неполноценности, трудности с концентрацией внимания; склонность к чрезмерным опасениям; ожидание, что случится что-то плохое; чувство безнадежности (глубокий пессимизм во взгляде на будущее). Клинические симптомы депрессии и тревоги были выражены неярко, часто сопровождалось вегетативными симптомами: тахикардией или брадикардией, ознобом, болью в животе, одышкой, потливостью, тремором, головными болями и головокружениями, нарушением стула и мочеиспускания, мышечным напряжением и болями. Пациенты этой группы жаловались на трудность засыпания, прерывистый и беспокойный сон. Чувство тревоги, беспокоящее больных, постоянно «изматывало», не давая сосредоточиться в нужных ситуациях. О причине появления тревоги больные говорили с неуверенностью. Часто это было связано с напряженным ожиданием неудачи. Тревога сопровождалась подавленностью настроения в связи с истинными или кажущимися насмешками окружающих. Для 1/3 больных было «больно» слышать укор в свой адрес по поводу избыточного веса от близких людей, особенно противоположного пола.

На тревожно-фобический синдром жаловались 12 (11,11%) пациенток, который проявлялся чувством тревоги и страха, возникшее после увеличения массы тела. Женщины выражали чувство "неполноценности" из-за изменений во внешнем виде, опасаясь неминуемого общественного внимания. Они ожидали негативной оценки, насмешек и осуждения со стороны малознакомых людей, особенно противоположного пола. Пренебрежительное отношение и насмешливые замечания тяжело переживались пациентами, что приводило к развитию боязни пребывания в обществе и страха перед новыми знакомствами. Пребывание в общественных местах сопровождалось соматовегетативными симптомами. Женщины критично оценивали свою ситуацию, пытались успокоить себя, собраться и «перестать бояться», но самостоятельно избежать проблемы не всегда удавалось.

Депрессивный эпизод отмечалось у 12 человек (11,11%) наблюдался собственно депрес-

сивный синдром. Депрессивный синдром проявлялся тем, что больные самостоятельно активно предъявляли жалобы на снижение настроения, потерю интересов, 2/3 больных затруднялись назвать причину этого, 1/3 женщин связывала снижение настроения со своим внешним видом, по их мнению, «некрасивым». Снижение работоспособности приводило к проблемам на работе. Пациентки испытывали трудности с концентрацией и мотивацией. Мысли были сосредоточены на недостатках собственной внешности, что вызывало чувство ненависти к себе. Отражение в зеркале вызывало негативные эмоции. Как правило, все эти больные обращались к врачам различной специализации с целью снижения веса по инициативе родственников или близких друзей. Большая часть этих пациентов ранее уже не раз предпринимали попытки «похудеть», которые заключались и в строгой диете, и в обращениях к «целителям». Чрезмерные пищевые самоограничения, диеты и другие способы похудения, также отрицательно влияли на эмоциональное состояние пациенток, у них часто наблюдались состояния эмоциональной нестабильности. У женщин на протяжении длительного времени сохранялись плохое настроение, наблюдалось быстрая утомляемость, повышенная раздражительность, чувство внутреннего напряжения и постоянной усталости, агрессивность и враждебность, удрученность. Становились безразличными ко всему происходящему, не получали удовольствие от чего-либо, отмечали проблемы со сном. Данное состояние расценивалось как диетическая депрессия. Диетическая депрессия в свою очередь приводило к отказу от дальнейшего соблюдения диеты и к рецидиву заболевания. После таких эпизодов у пациенток часто возникали чувство вины, снижение самооценки, неверие в возможность излечения. Это усугубляло чувство безнадежности и разочарования в собственных силах. Особенно плохо переносили диетотерапию больные с переданием в ответ на стресс, которые привыкли нормализовать свой эмоциональный дискомфорт приемом пищи, и для которых еда стала своеобразным средством релаксации.

В общении с врачом пациентки были замкнутыми, неохотно отвечали на вопросы, проявляя недоверие и подозрительность. Однако некоторые из них охотно делились своими переживаниями, искали поддержки и помощи у врача, как только речь заходила об эмоциональных расстройствах пациента.

Внешний вид пациенток соответствовал их внутреннему состоянию: они выглядели старше своего возраста, пренебрегали косметикой и прической, носили бесформенную одежду темных тонов, пытаясь слиться с толпой и скрыть недостатки фигуры.

В зависимости от клинических проявлений депрессивного синдрома пациентки были разделены на две группы: с преобладанием апатичной депрессии (7 человек) и адинамической депрессии (5 человека).

При апатической депрессии доминировали безразличие окружающим и происходящему, отсутствие мотивации и желания к любой деятельности, в том числе к борьбе с избыточным весом. Больные испытывали трудности при выполнении привычных умственных и физических нагрузок.

Пациенты с адинамической депрессией женщины жаловались на слабость, вялость, бессилие, затруднения в выполнении физической и умственной работы. В отличие от апатической депрессии, у них сохранялось желание и стремление к деятельности.

Помимо психических жалоб, пациенты отмечали соматические нарушения, характерные для депрессивного синдрома: запоры (8 человек), ломкость ногтей (6 человек), выпадение волос (4 человека). У некоторых больных наблюдалось сочетание нескольких симптомов.

У 11 человек (10,18%) был выявлен астено-депрессивный синдром. Больные данной группы в основном предъявляли жалобы на быструю утомляемость, ослабление или утрату способности к продолжительному физическому и умственному напряжению на фоне общего снижения настроения и подавленности. В отличие от собственно депрессивного синдрома, симптомы астении (быстрая утомляемость, истощаемость, слабость) были более ярко выражены на фоне депрессивных проявлений. У 2 пациентов наблюдалась раздражительная слабость, выражающаяся повышенной возбудимостью и быстро наступающей вслед за ней истощаемостью. Зачастую объектом раздражительности женщин являлись близкие родственники, дети - «срываюсь постоянно на детей, кричу...», «раздражаюсь из-за каждой мелочи...» Больные говорили о том, что утром просыпаются усталыми, разбитыми. 3 человек жаловались на сопровождающую их в течение дня сонливость и отсутствие «чувства сна» утром. 2 пациенток говорили об умеренном снижении трудоспособности, у 1 человек отмечалось резкое снижение продуктивности в работе. Больные с описываемым синдромом наиболее часто предъявляли жалобы соматического характера. Среди них ведущее место занимали вегетативные нарушения, которые проявлялись зябкостью или чувством жара, головокружением, колебанием артериального давления, болями в области сердца, учащенным сердцебиением, головными болями.

Ипохондрический синдром был диагностирован у 9 (8,33%) больных, который проявлялся повышенной, чрезмерной заботой о собственном здоровье. Она была более выражена у женщин

старшего возраста и у тех, кто чаще беспокоился за свое здоровье. Их волновало возможные последствия избыточного веса, о которых они читали или были слышаны от родственников или знакомых, боялись появления соматической патологии из-за ожирения. Обыкновенные ощущения часто толковались как аномальные и неприятные.

В ходе медицинского обследования у 5 (4,63%) пациентов был диагностирован конверсионный синдром. Пациенты предъявляли разнообразные и порой противоречивые жалобы: чувство страха, тревоги, депрессии, раздражительности, апатии. На вопросы о наличии тех или иных симптомов они неизменно отвечали положительно. Психические жалобы сопровождались соматическими проявлениями: головными болями, слабостью, отеками, выпадением волос, ломкостью ногтей. Несоответствие между жалобами и внешним видом пациентов было очевидным. Они демонстрировали достаточную бодрость, иногда вступая в дискуссию с врачом и подчеркивая серьезность своих переживаний. Характерной жалобой у 2 пациенток являлся «ком в горле». По информации родственников, дома и на работе эти женщины проявляли конфликтность и обидчивость.

Заключение. Данное исследование подтверждает высокую актуальность проблемы ожирения как глобальной угрозы общественному здравоохранению, особенно в контексте его влияния на психическое здоровье женщин. Результаты исследования убедительно демонстрируют тесную взаимосвязь между ожирением, вызванным избыточным поступлением энергетических ресурсов, и развитием разнообразных непсихотических психопатологических синдромов у женщин. Доминирование астенических и тревожных проявлений, а также тревожно-депрессивных состояний, подчеркивает необходимость комплексного подхода к лечению ожирения, который должен включать не только диетологические и физические интервенции, но и обязательную диагностику и коррекцию психических расстройств. Особое внимание следует уделять психотерапевтической поддержке, направленной на улучшение самооценки, преодоление стигматизации и формирование здоровых механизмов совладания со стрессом, что крайне важно для предотвращения рецидивов и достижения устойчивых результатов в борьбе с ожирением.

Литература:

1. Boutari, Ch. & Mantzoros, Ch.S. Обновление эпидемиологии ожирения за 2022 год и призыв к действию: в то время как пандемия COVID-19, похоже, отступает, пандемия ожирения и нару-

шения обмена веществ продолжает бушевать. *Метаболизм* 2022, 133, 155217.

2. Lash, M.M., & Armstrong, A. (2009). Влияние ожирения на здоровье женщин. *Fertility and Sterility*, 91(5), 1712–1716. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.02.141>.

3. Panuganti K.K., Nguyen M., Kshirsagar R.K. Obesity // StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls 30. Publishing. 2024.

4. Puhl, R & Suh, Y. (2015). Последствия стигматизации веса для здоровья: профилактика и лечение ожирения. *Current Obesity Reports*, 4, 182–190.

5. Sattler, K. M., Deane, F. P., Tapsell, L., & Kelly, P. J. (2018). Gender differences in the relationship of weight-based stigmatisation with motivation to exercise and physical activity in overweight individuals. *Health Psychology Open*, 5(1), 2055102918759691.

6. Tomiyama, A. J. (2019). Stress and obesity. *Annual Review of Psychology*, 70, 703-718.

7. Valencio, A. C. J., Antunes, A. B., Fonseca, L., Araujo, J., Silva, M. C. G., Costa, M., ... & Carteri, R. B. (2022). Associations between overweight, obesity, common mental disorders, and eating behaviors of adult women. *Obesities*, 2(4), 350-360.

8. Walker-Clarke, A., Walasek, L., & Meyer, C. (2022). Psychosocial factors influencing the eating behaviours of older adults: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 77, 101597.

9. World Health Organization (2022a). WHO European Regional Obesity Report 2022, Geneva.

КЛИНИКА И СТРУКТУРА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ, ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ИЗБЫТОЧНЫМ ПОСТУПЛЕНИЕМ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ РЕСУРСОВ

Магзумова Ш.Ш., Талипова Н.Ш.

Резюме. Целью настоящего исследования является изучение особенностей формирования, развития и клиники психических расстройств у женщин с алиментарным ожирением. Обследованы 108 женщин, обратившихся в поликлинику с различными жалобами. Использованы клинический, клинико-катамнестический и статистические методы. Выявлено, что у пациенток с ожирением наиболее часто встречаются астенический и тревожный синдромы, а также тревожно-депрессивные состояния. Полученные данные подчеркивают необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению ожирения, включающего оценку психического состояния.

Ключевые слова: алиментарное ожирение, психопатология, астенический синдром, тревожное расстройство, женское здоровье.