



005005319

**ПАХОМОВ**

**Александр Анатольевич**

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И КОРРЕКЦИЯ ПАТОЛОГИИ  
ПСИХОГЕННОГО РЕГИСТРА У ЖЕНЩИН  
СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

**14.01.30 – геронтология и гериатрия**

**Автореферат**

**диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук**

**- 8 ДЕК 2011**

**Санкт-Петербург – 2011**

Работа выполнена в Государственном учреждении Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

**Научные руководители:**

доктор медицинских наук  
Какеев Бакир Аскарлович

доктор медицинских наук  
Рухляда Николай Николаевич

**Официальные оппоненты:**

заслуженный деятель науки РФ,  
доктор медицинских наук, профессор  
Дьяконов Марк Михайлович

доктор медицинских наук, профессор  
Гайдуков Сергей Николаевич

**Ведущая организация:**

ФГБОУ ВПО «Военно-Медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ

Защита диссертации состоится «23» декабря 2011 г. в 12.00 часов на заседании диссертационного совета Д 601.001.01 при Санкт-Петербургском институте биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН по адресу: 197110, Санкт-Петербург, пр. Динамо, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН (197110, Санкт-Петербург, пр. Динамо, д. 3).

Автореферат разослан «21» ноября 2011 года.

Ученый секретарь диссертационного совета  
доктор биологических наук, профессор

Козина Л.С.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность работы** обусловлена неуклонным увеличением популяции женщин в старшем возрастном периоде. По данным ВОЗ, число женщин старше 45 лет к 2015 г. составит 46% [Lhont M.T., 1992]. Патологический климактерий, являясь предиктором ускоренного старения организма, несет большой риск развития ассоциированных с возрастом заболеваний и требует своевременной, патогенетически обоснованной коррекции [Cohan L.S., 2003]. При патологическом течении климактерического периода у 65-70% женщин возникает климактерический синдром [Rhoades F.P., 2007; Вихляева Е.М., 2005]. Установлено, что психоэмоциональные нарушения отмечают от 16 до 31% женщин менопаузального возраста [Dennerstein L.Q., 1994; Sherwin B.V., 2006].

Эпидемиологические данные показывают, что существует связь между менопаузой и повышением риска экстрагенитальной патологии. Она обусловлена существенными изменениями, связанными с эндокринным дисбалансом, который способствует развитию психоэмоциональных, метаболических, вегетативных, сердечно-сосудистых и других нарушений у женщин, находящихся в климактерическом периоде (КП) [Stone A.V., 1994; Schwingl P.J., 2006; Yen S., 2007].

Согласно данным ряда авторов [Сметник В.П., Тумилович Л.Г., 2001] экстрагенитальная патология чаще встречается у женщин с лабильной нервной системой, особенно при наличии внешних факторов, вызывающих страх перед будущей старостью, беспомощностью, появляющимися изменениями во внешности, потере привлекательности. Климактерический синдром (КС) у этих женщин часто выражается эмоциональной неустойчивостью со склонностью к депрессии, плаксивости, обидчивости, раздражительности, вспыльчивости, гиперчувствительности к сенсорным раздражителям, повышенной реактивностью, ощущением страха и тревоги. К психическим нарушениям, возникающим в этот период, также относятся подавленное настроение, повышенная возбудимость, утомляемость, головная боль, снижение концентрации внимания и кратковременной памяти, нарушения сна, эмоциональная лабильность, неуверенность в себе. Подобные нервные и психические расстройства почти всегда сопровождаются вегетососудистыми проявлениями в виде приливов [Балан В.Е., 2005].

Важными факторами в развитии экстрагенитальной патологии у женщин в период климакса являются расстройства индивидуальной хроноадаптации, психотравмы, стрессы, особенности социального статуса (семейное положение, материальная обеспеченность, наличие работы, взаимоотношения с детьми, мужем, друзьями), самоуважение, жизненная удовлетворенность, качество сексуальных отношений (наличие партнера, нарушения в половой сфере), психические расстройства в анамнезе [Ballinger C. V., 1985]. При этом хронобиологические факторы могут либо

56

способствовать адаптации женщины в переходный жизненный период, либо затруднять ее. Так, согласно некоторым исследованиям [Hallstrom T.N., Samuelson S.A., 1985] женщины с десинхронизмом подвержены более высокому риску развития психических расстройств в перименопаузальном периоде.

Неблагоприятное влияние патологического климактерия на здоровье женщин в возрасте пери- и постменопаузы диктует необходимость саногенетически обоснованной донозологической диагностики его латентной формы, что является важной задачей профилактической медицины. Сложность ранней диагностики патологических проявлений климактерического периода, связанная со значительной индивидуальной вариабельностью показателей метаболизма гормонов, обуславливает необходимость совершенствования как методических, так и методологических принципов оценки симптоматики КС как в диагностическом, так и в прогностическом плане, а также способов его коррекции.

В современной литературе до настоящего времени нет единого мнения о показаниях и противопоказаниях, объеме и тактике негормональной терапии у пациенток в возрасте пери- и постменопаузы с различными проявлениями климактерического синдрома. В настоящий момент множество исследований направлены на поиск путей и единых алгоритмов лечения пациенток различных возрастных групп в состоянии патологического климактерия, в связи с этим и была сформулирована цель нашего исследования.

**Цель работы:** обосновать саногенетические критерии оценки, прогнозирования и коррекции патологии психогенного регистра у женщин среднего и пожилого возраста в состоянии патологического климактерия.

Для достижения поставленной цели определены следующие задачи:

1. На основе данных эпидемиологического анализа оценить распространенность, этиологию и структуру различных форм психопатологических расстройств у женщин молодого, среднего и пожилого возраста.

2. Обосновать саногенетические технологии клинко-психофизиологической диагностики и оценки патологии психогенного регистра у женщин среднего и пожилого возраста в состоянии патологического климактерия.

3. Выявить факторную структуру симптомокомплексов патологии психогенного регистра, ассоциированных с патологическим климактерием, и оценить их вклад в многомерные математико-статистические модели прогнозирования дезадаптации женщин среднего и пожилого возраста в состоянии патологического климактерия.

4. Оценить эффективность коррекции патологии психогенного регистра у женщин в возрасте пери- и постменопаузы в состоянии патологического

климактерия методом биологической обратной связи и разработать рекомендации по его дальнейшему усовершенствованию.

**Научная новизна и теоретическая значимость работы.** На основе комплексного клинико-физиологического и психофизиологического обследования женщин молодого, среднего и пожилого возраста выявлена структура патологии психогенного регистра, где первое ранговое место занимают диссоциативные (конверсионные) расстройства, второе – соматоформные расстройства, третье – расстройства с преобладанием тревожно-фобического радикала, четвертое – реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации.

Описаны возрастные особенности эпидемиологии вышеуказанных психогений у женщин молодого, среднего и пожилого возраста. Установлено, что во всех возрастных группах у женщин доминируют диссоциативные (конверсионные) расстройства, однако в группе женщин в возрасте 56 – 66 лет значительный вклад в структуру психопатологической симптоматики вносит манифестация неврастенического синдрома.

Определены ведущие клинико-физиологические детерминанты патологии психогенного регистра у женщин среднего и пожилого возраста: временные характеристики хронотопа; соматические жалобы; нейровегетативные показатели; уровень астенизации нервной системы. При этом показано, что наибольшей выраженности выявленные детерминанты достигали у женщин в возрасте 41-55 лет.

Обоснована факторная структурно-функциональная модель патологии психогенного регистра у женщин среднего и пожилого возраста в состоянии патологического климактерия.

Клинически апробирована и доказана эффективность сочетанного саногенетического воздействия метода биологической обратной связи и заместительной гормональной терапии на клинико-физиологические показатели нейровегетативного десинхроноза, психоэмоционального симптомокомплекса, обменноэндокринного симптомокомплекса у женщин среднего и пожилого возраста в состоянии патологического климактерия. При этом установлено, что у женщин среднего возраста наиболее эффективным является применение альфа-терапии, а у женщин пожилого возраста – бета-терапии биологической обратной связи.

**Практическая значимость.** Выявлены ведущие симптомокомплексы, проявления, возрастные особенности и структура психогенной патологии у женщин молодого, среднего и пожилого возраста. Обоснован комплекс информативных клинико-физиологических показателей для оценки патологии психогенного регистра у женщин среднего и пожилого возраста в состоянии патологического климактерия. На его основе разработаны научно-обоснованные рекомендации по динамическому контролю реабилитации и количественной клинико-физиологической оценки ее эффективности у женщин в состоянии патологического климактерия. Выполнен сравнительный

анализ патологии психогенного регистра у женщин молодого, среднего и пожилого возраста в состоянии патологического климактерия.

Предложен и апробирован эффективный и практичный метод психофизиологической коррекции патологии психогенного регистра у женщин среднего и пожилого возраста в состоянии патологического климактерия. Показано, что сочетанное применение метода биологической обратной связи на фоне заместительной гормональной терапии наиболее эффективно для восстановления вегетативных и психоэмоциональных нарушений в состоянии патологического климактерия. Обосновано положение о том, что сочетанное и таргетное применение метода биологической обратной связи на фоне заместительной гормональной терапии является эффективным способом терапии патологии психогенного регистра у женщин среднего и пожилого возраста в состоянии патологического климактерия.

### **Основные положения, выносимые на защиту.**

1. Состояние психического здоровья женщин в возрасте пери- и постменопаузы при патологическом климактерии характеризуется увеличением частоты заболеваемости патологией психогенного регистра – диссоциативными (конверсионными) расстройствами, соматоформными расстройствами, расстройствами с преобладанием тревожно-фобического радикала; реакциями на тяжелый стресс и нарушениями адаптации. Эта патология характеризуется полиморбидностью, отягощенностью сопутствующими психогениями и разнообразными психосоматическими нарушениями.

2. Патология психогенного регистра широко распространена среди женщин в возрасте пери- и постменопаузы. Ее выраженность предопределяется патогенетическими факторами климактерического синдрома, включающими три системообразующих конструкта: «симптомокомплекс нейровегетативного десинхроноза», «психоэмоциональный симптомокомплекс» и «обменноэндокринный симптомокомплекс», что определяет необходимость их целенаправленной медико-психологической коррекции у женщин среднего и пожилого возраста в состоянии патологического климактерия.

3. Эффективным способом комплексной терапии патологии психогенного регистра у женщин среднего и пожилого возраста в состоянии патологического климактерия является сочетанное и таргетное применение метода биологической обратной связи (в зависимости от возраста женщины и от структуры патологии психогенного регистра) и заместительной гормональной терапии препаратами-аналогами натуральных гормонов: дидрогестероном; 17β-эстрадиолом в сочетании с дидрогестероном.

### **Публикации**

По теме диссертации имеется 13 публикаций, из них 4 в журналах, включенных в Перечень ВАК Минобрнауки России, 6 статей в других научных журналах, 3 тезиса докладов.

### **Связь с планом НИР**

Диссертационная работа является темой, выполняемой по основному плану НИР НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе.

**Апробация работы.** Результаты и основные положения проведенного исследования докладывались и обсуждались на Всероссийском конгрессе «Амбулаторно-поликлиническая практика – новые горизонты» (2010г.); Итоговой конференции военно-научного общества курсантов и слушателей военно-медицинской академии (ВМедА, 2010 г.); Итоговой конференции военно-научного общества курсантов и слушателей военно-медицинской академии (ВМедА, 2009 г.).

**Структура работы.** Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, библиографии, включающей 245 названий, из которых 74 – на иностранном языке, и приложения. В работе имеется 33 рисунка и 18 таблиц.

Общий объем работы составляет 159 страниц машинописного текста.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Материалы и методы исследования**

Решение поставленных в работе задач осуществлялось путем проведения комплексного исследования, включавшего эпидемиологический анализ 3460 медицинских карт женщин с патологией психогенного регистра в период с 2005 по 2011 год на материалах гинекологического и психосоматического отделений НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (Санкт-Петербург), а также отчетов Медицинского информационного аналитического центра (Санкт-Петербург).

В диссертационном исследовании также осуществлена оценка психосоматического статуса у 248 женщин. Из них: первую группу ( $n=69$ ) составили женщины репродуктивного возраста 30 – 40 лет из числа сотрудников НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, проходящих ежегодное диспансерное наблюдение по месту работы; вторую группу ( $n=91$ ) – женщины в перименопаузальной фазе климактерия в возрасте 41 – 55 лет – пациентки НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе; третью группу ( $n=88$ ) – женщины в постменопаузальной фазе климактерия в возрасте 56 – 66 лет – пациентки НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе.

Первый этап исследования был ориентирован на эпидемиологическую оценку состояния психического здоровья пациенток гинекологического и психосоматического отделений, а также на изучение феноменологии возрастных особенностей патологии психогенного регистра.

Второй этап работы был ориентирован на исследование:

- адаптационных способностей организма обследуемых пациенток и изучение эндогенной организации времени по методу Халберга и пространственно-временной организации хронотопа [Halberg F., 1982];
- соматических жалоб по данным Гиссенского опросника (суммарного давление жалоб) [Вейн А.М., 1998];
- показателей «тревожность» (по тесту Спилбергера-Ханина) [Ханин Ю.Л., 1976], «настроение» и «вегетативный коэффициент» (по тесту М. Люшера) [Кречмер Э., 1998];

- степени выраженности клинических проявлений климактерического синдрома по менопаузальному индексу Куппермана в модификации Е.В. Уваровой [Сметник В.П., 2001];
- вегетативного тонуса по индексу Кердо и коэффициенту Хильдебранта [Вейн А.М., 1998];
- степени выраженности астенических расстройств по опроснику «Айовская шкала утомления» [Белов В.Г., 2007];
- радиоиммунологический метод исследования с использованием стандартных наборов фирмы TPS (США) для определения фолликулостимулирующего гормона, эстрадиола, лютеинизирующего гормона [Сметник В.П., 2001].

Третий этап исследования был посвящен исследованию факторной структуры симптомокомплексов патологии психогенного регистра и оценке их вклада в многомерные математико-статистические модели дезадаптации женщин разного возраста в состоянии патологического климактерия.

Четвертый этап исследования был посвящен оценке эффективности коррекции патологии психогенного регистра у женщин в возрасте пери- и постменопаузы в состоянии патологического климактерия методом биологической обратной связи (БОС) [Белов В.Г., 2008]. В рамках терапии БОС выделяли БОС-альфа-тренинг/терапию и БОС-бета-терапию (применение варианта терапии БОС зависело от структуры патопсихологической симптоматики климактерического синдрома).

Результаты анализа клинических проявлений патологического климактерия у женщин в менопаузальной фазе климактерического периода учитывали при назначении предложенных схем терапии, по которым больных рандомизировали в две группы:

- в 1-й терапевтической группе (n=28, 41 – 66 лет) назначали изолированную заместительную гормональную терапию. Для коррекции гормональных нарушений в пери- и постменопаузе применяли препараты-аналоги натуральных гормонов: дидрогестерон (Дюфастон 10 мг, Нидерланды) по 10-14-21-дневной схеме в суточной дозе 20-40 мг; циклическую гормонотерапию 17 $\beta$ -эстрадиолом 1-2 мг в сочетании с дидрогестероном 10 мг (Фемостон 2/10, 1/10, Нидерланды).

- во 2-ой терапевтической группе (n=32, 41 – 66 лет) назначали, помимо описанной терапии, дополнительно коррекцию посредством формирования и тренировки диафрагмально-релаксационного типа дыхания с использованием аппаратно-программного комплекса путём преобразования электрофизиологических сигналов в звуковые и зрительные сигналы обратной связи «ДАС-БОС – Биосвязь».

Назначение заместительной гормональной терапии проводилось при отсутствии у пациенток к ней противопоказаний.

Проведение сеансов БОС выполнено совместно с доктором медицинских наук, профессором Беловым В.Г. (Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы).



**Статистическая обработка материала.** Для статистической обработки исходных данных, полученных в ходе проведения исследования, использовали комплекс одномерных (расчет параметров вариации признаков, t-критерий Стьюдента; критерий Колмогорова-Смирнова для одной выборки; U-критерий Манна-Уитни; H-критерий Краскала-Уоллеса) и многомерных (корреляционный, факторный анализы) методов анализа данных по стандартным программам для ПК («Statistica 6.0») [Наследов А. Д., 2008, Ядов В.А., 2008].

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

### Эпидемиологическая характеристика психопатологических расстройств у женщин молодого, среднего и пожилого возраста

Для выявления эпидемиологических особенностей распространенности непсихотической психогенной патологии у женщин различного возраста были изучены следующие блоки психогений: 1) расстройства с преобладанием тревожно-фобического радикала; 2) реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации; 3) диссоциативные (конверсионные) расстройства; 4) соматоформные расстройства, 5) неврастения.

В период с 2005 по 2011 год зафиксировано 4152 случая первичных заболеваний психогенией на 3460 проанализированных медицинских карт, что в пересчете составляет 1,2 диагноза на одну обследуемую женщину.

Значения уровней первичной заболеваемости психогениями по описанным классам, занимающие лидирующее положение в структуре указанной патологии, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Первичная заболеваемость обследуемых женщин по основным классам психогений (на 1000 чел.)

Психогении (класс)	Обследованные группы женщин		
	1-я группа (30-40лет)	2-я группа (41-55 лет)	3-я группа (56-66 лет)
Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации	68,0	67,9	88,8
Расстройства с преобладанием тревожно-фобического радикала	95,3	125,7	157,7
Диссоциативные (конверсионные) расстройства	105,9	129,7	157,4
Соматоформные расстройства	92,5	101,8	128,9
Неврастения	81,4	88,9	153,6

Как видно из приведенных в таблице данных, в структуре первичной заболеваемости психогениями у обследуемых женщин доминирует диссоциативные (конверсионные) расстройства, которые в МКБ-10 относятся к таксону F44.

Для оценки влияния возраста на показатели первичной заболеваемости женщин психогениями была проведена их стандартизация по возрастному составу.

Установлено, что возраст женщины в обследуемой выборке оказывал влияние на динамику заболеваемости психогениями. Так, расстройства с преобладанием тревожно-фобического радикала встречались у 95,3 женщин в возрасте 30-40 лет на 1000 обследованных, в группе женщин в возрасте 41-55 лет – у 125,7 женщин на 1000 обследуемых, а в старшей возрастной группе 56-66 лет – у 157,7 женщин на 1000 обследуемых. Такая же тенденция просматривается при анализе заболеваемости неврастений: в возрасте 30-40 лет выявлена неврастеническая симптоматика у 81,4 женщин на 1000 обследуемых, в возрасте 41-55 лет у 88,9 женщин на 1000 обследуемых, в возрастной группе 56-66 лет – у 153,6 женщин на 1000 обследуемых.

Таким образом, возраст оказывает выраженное негативное действие на первичную заболеваемость женщин расстройствами с преобладанием тревожно-фобического радикала и патологией неврастенического генеза.

Анализ структуры психогенной патологии среди обследуемых женщин также показал, что первое ранговое место по многолетним данным стабильно принадлежит диссоциативным (конверсионным) расстройствам (рис. 1).



**Рис.1.** Структура распространенности психогенной патологии у женщин разного возраста.

На втором месте находятся соматоформные расстройства. На третьем месте - расстройства с преобладанием тревожно-фобического радикала, на четвертом - реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации. Доля остальных классов психогенной патологии существенно ниже.

Таблица 2

## Структура основных форм психогений (n=248)

Основные формы психогении	Обследованные группы женщин		
	1-я группа (30-40лет; n=69) в % к классу	2-я группа (41-55 лет; n=91) в % к классу	3-я группа (56-66 лет;n=88) в % к классу
<b>Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации</b>			
Легкая реакция на стресс	12	9	8
Реакция на стресс средней тяжести	14	8	12
Диссоциативный ступор	0	1	1
Посттравматическое стрессовое расстройство	8	7	1
Расстройство адаптации	8	16	22
Кратковременная депрессивная реакция	11	19	37
Пролонгированная депрессивная реакция	6	12	29
Смешанная тревожная и депрессивная реакция	5	18	24
<b>Расстройства с преобладание тревожно-фобического радикала</b>			
Агорафобия	2	0	0
Социальная фобия	4	8	16
Специфические (изолированные) фобии	0	2	2
Другие тревожные расстройства	8	16	0
Обсессивно-компульсивное расстройство	22	16	14
<b>Диссоциативные (конверсионные) расстройства</b>			
Диссоциативная амнезия	2	0	2
Диссоциативная fuga	0	0	0
Диссоциативный ступор	0	0	0
Грансы и состояния одержимости	0	0	0
Диссоциативные расстройства движений и ощущений	14	6	4
Диссоциативные (конверсионные) расстройства	4	16	4
Синдром Ганзера	0	0	0
Расстройство множественной личности	2	0	0
<b>Соматоформные расстройства</b>			
Соматизированное расстройство	8	4	12
Ипохондрическое расстройство	18	14	8
Соматоформная вегетативная дисфункция	20	24	18
Хроническое соматоформное болевое расстройство	8	14	0
<b>Неврастения</b>			
Синдром деперсонализации-дереализации	16	22	0
Другие специфические невротические расстройства	8	6	42

Таким образом, анализ психогенных заболеваний показал высокуюотягощенность климактерического синдрома сопутствующей психогенной патологией.

Дополнительно к этому был проведен анализ основных клинических форм в структуре выделенных классов психогений у женщин молодого, среднего и пожилого возраста (табл.2).

Как видно из приведенных в таблице 2 данных, среди «реакций на тяжелый стресс и нарушений адаптации» у пациенток различных возрастных групп доминирует расстройство адаптации (46%) и кратковременная депрессивная реакция (67%).

В группе расстройств тревожно-фобического радикала отмечалось преобладание социальной фобии (28%) и обсессивно-компульсивного расстройства (52%). В группе диссоциативных (конверсионных) – диссоциативные расстройства движений и ощущений (26%) и диссоциативные (конверсионные) расстройства (24%). В группе «соматоформных расстройств» – ипохондрическое расстройство (40%) и соматоформные вегетативные дисфункции (62%).

При анализе возрастной специфики расстройств выявлено, что у женщин первой возрастной группы (30 – 40 лет) отмечались превалирование легкой реакции на стресс (12%), реакции на стресс средней тяжести (14%); обсессивно-компульсивные расстройства (22%); диссоциативные расстройства движений и ощущений (14%); ипохондрические расстройства (18%), соматоформные вегетативные дисфункции (20%); синдром деперсонализации-дереализации (16%).

У женщин второй возрастной группы (41 – 55 лет) отмечались расстройства адаптации (16%), кратковременная депрессивная реакция (29%), смешанная тревожная и депрессивная реакция; тревожная симптоматика (16%) и обсессивно-компульсивные расстройства (16%); диссоциативная (конверсионная) симптоматика (16%); ипохондрическое расстройство (14%), соматоформные вегетативные дисфункции (24%), хроническое соматоформное болевое расстройство (14%); синдром деперсонализации-дереализации (22%).

У женщин третьей возрастной группы (56 – 66 лет) отмечались расстройства адаптации (22%), кратковременная депрессивная реакция (37%), пролонгированная депрессивная реакция (29%), смешанная тревожная и депрессивная реакции, социальные фобии (16%) и обсессивно-компульсивные расстройства (14%), диссоциативные расстройства движений и ощущений (4%), диссоциативные (конверсионные) расстройства (4%), соматизированное расстройство (12%), соматоформные вегетативные дисфункции (18%), специфические невротические расстройства (42%).

Таким образом, анализ показал, что женщины пожилого возраста в состоянии патологического климактерия подвержены большому риску проявления психогений.

В то же время, следует отметить, что у женщин старшей возрастной группы 56-66 лет реже, чем у женщин более молодого возраста, встречались такие психогении, как посттравматическое стрессовое расстройство, хроническое соматоформное болевое расстройство, синдром деперсонализации-дереализации.

#### **Анализ маркеров психогенной патопсихологической симптоматики и дезадаптации**

##### *Временные показатели хронотопа у пациенток различных возрастных групп*

При параметрическом анализе достоверных ритмов у женщин в перименопаузальном периоде (возраст 41-55 лет) отмечается достоверное уменьшение мезора и увеличение амплитуды индивидуальной минуты (ИМ) (табл. 3-4), что свидетельствует об искажении чувства времени у пациенток и указывает на ускоренное восприятие реальности, снижение емкости адаптации, напряжение и ускорение информационных сигналов в системе временной организации физиологических функций.

Таблица 3

Данные косинор-анализа 24-часовой гармоник индивидуальной минуты женщин в возрасте 41-55 лет

Период	Переменные	x	y	h	A	Phi	Delta
24 ч	Средние	0,794	0,584	47,431	4,061	3,451	1,714
	Эллипс	Sx	Sy	r	a	b	Teta
P = 95 %	-	0,123	0,113	0,347	1,574	1,998	38,815

Таблица 4

Данные косинор-анализа 24-часовой гармоник индивидуальной минуты женщин в возрасте 56-66 лет

Период	Переменные	x	y	h	A	Phi	Delta
24 ч	Средние	0,741	0,547	62,412	1,127	1,149	1,477
	Эллипс	Sx	Sy	r	a	b	Teta
P = 95 %	-	0,114	0,154	0,333	0,707	1,974	40,014

В группе женщин в возрасте 41-55 лет выявлена высокая вариабельность ИМ, которая изменялась 6-7 раз в течение суток. В среднем, в обследуемой группе в указанных точках исследования величина ИМ равнялась 55 с и 59 с ( $p > 0,05$ ) утром и вечером соответственно (рис. 2).

Корреляционный анализ позволил выявить, что показатели временных единиц (индивидуальная минута и индивидуальная минута хронотопа – ИМ, ИМХ) и пространственных единиц (индивидуальный дециметр и индивидуальный дециметр хронотопа – ИД, ИДХ) положительно коррелируют между собой у женщин репродуктивного возраста (30-40 лет) ( $r+0,587$ ,  $r+0,598$ , соответственно).

В группе женщин в возрасте 41-55 лет установлено отсутствие корреляционной взаимосвязи между этими показателями, особенно между пространственными единицами ( $r+0,112$ ,  $r+0,201$ , соответственно). У женщин в возрасте 56-66 лет выявилась достоверная корреляция между указанными показателями ( $r+0,691$ ,  $r+0,715$ , соответственно), что свидетельствует об усилении внутрисистемных связей временных и пространственных единиц хронотопа в постменопаузальном периоде.

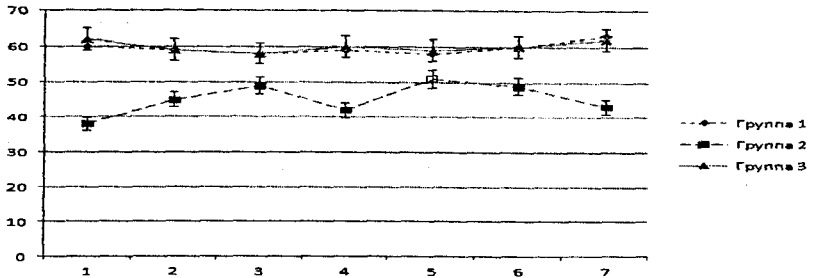


Рис. 2. Сравнительная характеристика вариабельности индивидуальной минуты у женщин в различные возрастные периоды.

**Примечание:** 1-я группа – женщины репродуктивного возраста 30 – 40 лет; 2-я группа – женщины в перименопаузальной фазе климактерия в возрасте 41 – 55 лет; 3-я группа – женщины в постменопаузальной фазе климактерия в возрасте 56 – 66 лет.

Исследование показателя соматических жалоб выявило достоверную связь интегрального показателя Гиссенского опросника (суммарного давления жалоб) у женщин с периодом климактерия. Согласно полученным данным величина суммарного давления жалоб составила у женщин первой группы (в возрасте 30-40 лет)  $15,2 \pm 0,9$  балла, у женщин второй группы (в возрасте 41-55 лет) –  $28,5 \pm 3,8$  балла, у женщин третьей группы (в возрасте 56-66 лет)  $16,8 \pm 2,7$  балла (табл. 5).

Таблица 5

Структура теста «Давление соматических жалоб» по данным Гиссенского опросника у женщин различных возрастных групп (в баллах)

Жалобы	Обследованные группы женщин		
	1-я группа (30-40лет; n=69)	2-я группа (41-55 лет; n=91)	3-я группа (56-66 лет; n=88)
И-"истощение"	3,31±0,33	9,58±0,47*	4,12±0,28**
Ж-"желудочные жалобы"	5,41±1,21	3,14±1,49	3,47±1,34
Р-"боли в частях тела"	2,14±0,02	5,95±1,21	6,17±0,49
С-"сердечные жалобы"	4,34±0,59	9,91±1,17*	3,04±0,59**
ДЖ-"давление" жалоб	15,2±0,9	28,5±3,8*	16,8±2,7**

**Примечание:** \* – достоверность различий между первой и второй группами ( $p<0,05$ ); \*\* – достоверность различий между второй и третьей группами ( $p<0,05$ ).

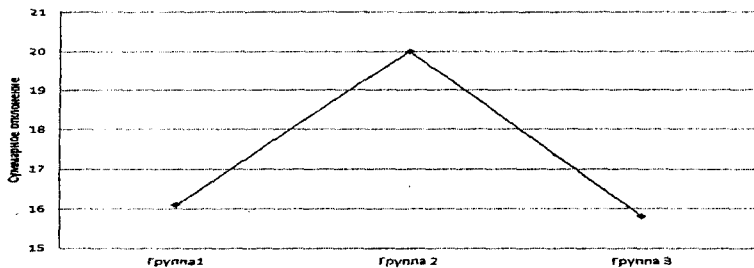
Как видно из данных, приведенных в таблице 5, общая интенсивность жалоб – давление жалоб у женщин второй группы (в возрасте 41-55 лет), по сравнению с женщинами первой (возраст 30-40 лет) и третьей (возраст 56-66 лет) групп, достоверно отличается по следующим шкалам: истощение, отражающим неспецифический фактор истощения, который указывает на общую потерю жизненной энергии и потребность женщины в помощи; сердечные жалобы, указывающие на то, что пациентки локализируют свои недомогания преимущественно в сердечно-сосудистой сфере; давление жалоб, характеризующее общую интенсивность жалоб, «ипохондричность» не в традиционном понимании этого термина, а с точки зрения психосоматического подхода. Однако онтогенетическая динамика психогенной симптоматики по данным Гиссенского опросника «Давление соматических жалоб» у женщин третьей группы (в возрасте 56-66 лет) имеет позитивные тенденции к редукции «ипохондрического» радикала психосоматики до уровня ее проявлений в молодом возрасте.

#### *Нейровегетативные показатели у женщин разного возраста*

Полученные данные представлены по переменным: «тревожность» (по тесту Спилбергера-Ханина); «настроение» и «вегетативный коэффициент» (по тесту М. Люшера).

#### *Параметр «тревожность»*

Однофакторный дисперсионный анализ показал, что на распределение зависимой переменной «тревожность» у обследуемых женщин оказывает статистически достоверное влияние ( $F=4,69$ ,  $p=0,0338$ ) независимая переменная «фаза климактерия» (рис. 3). Процедура попарного сравнения показала, что женщины первой группы (в возрасте 30-40 лет) по показателю «тревожность» статистически достоверно отличаются от женщин второй группы (в возрасте 41-55 лет) ( $p=0,029$ ) и не имеют достоверных отличий от женщин третьей группы (в возрасте 56-66 лет) ( $p=0,069$ ). Таким образом, женщины второй группы имеют наиболее высокие показатели тревожности по сравнению с женщинами первой и третьей групп.



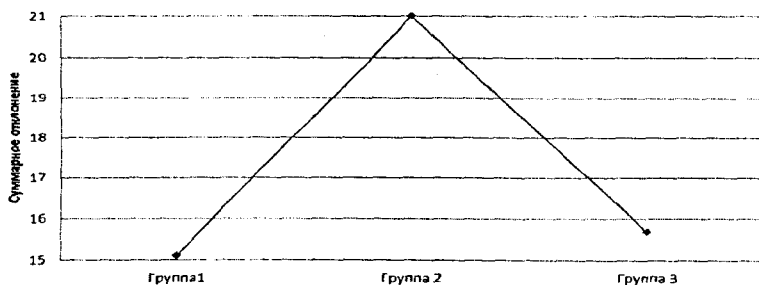
**Рис. 3.** Показатели тревожности у женщин в различные возрастные периоды. *Примечание:* 1-я группа – женщины репродуктивного возраста 30 – 40 лет; 2-я группа – женщины в перименопаузальной фазе климактерия в возрасте 41 – 55 лет; 3-я группа – женщины в постменопаузальной фазе климактерия в возрасте 56 – 66 лет.

### **Параметр «настроение» (по тесту М. Люшера)**

На распределение зависимой переменной «настроение» (по тесту М. Люшера), как показал однофакторный дисперсионный анализ с применением метода контрастов, оказывает статистически достоверное влияние фактор «фаза климактерия» ( $t = -3,14$ ,  $p = 0,031$ ). Обнаружено, что настроение пациенток второй группы (в возрасте 41-55 лет) ( $21 \pm 6,51$ ) статистически достоверно отличается от настроения пациенток первой (в возрасте 30-40 лет) ( $15,11 \pm 4,51$ ) и третьей (в возрасте 56-66 лет) ( $15,68 \pm 4,57$ ) групп. Пациентки второй группы характеризуются преобладанием отрицательных эмоций. Эмоциональное состояние пациенток первой и третьей групп располагается в пределах нормы (рис. 4).

Согласно нормативным данным уровень выше 20 единиц относится к зоне преобладания отрицательных эмоций, когда возможно нарушение адаптационного процесса; 10-18 – свидетельствует о том, что эмоциональное состояние в пределах нормы, адаптация протекает нормально, присутствуют и положительные и отрицательные эмоции; 0-8 – характеризует преобладание положительных эмоций, адаптация протекает (прошла) успешно [Белов В.Г., 2008].

Таким образом, можно сделать вывод: пациентки второй группы статистически достоверно характеризуются пониженным настроением (по тесту М. Люшера: преобладание отрицательных эмоций при значении суммарного отклонения (СО) более 20) по сравнению с пациентками первой и третьей групп.



**Примечание:** 1-я группа – женщины репродуктивного возраста 30 – 40 лет; 2-я группа – женщины в перименопаузальной фазе климактерия в возрасте 41 – 55 лет; 3-я группа – женщины в постменопаузальной фазе климактерия в возрасте 56 – 66 лет.

Рис. 5. Показатели настроения у женщин в различные возрастные периоды.

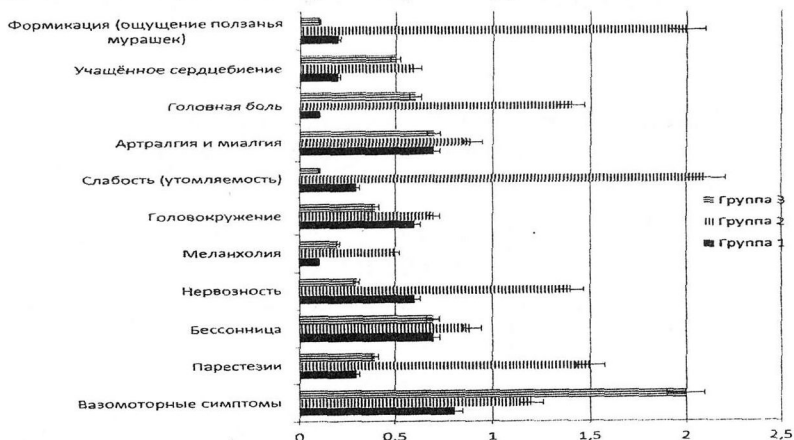
### **Параметр «вегетативный коэффициент» (по тесту М. Люшера)**

Дисперсионный анализ с одним фактором «фаза климактерия» показал статистически достоверное влияние на распределение переменной «вегета-



тивный коэффициент» (ВК), ( $t = 3,15$ ,  $p = 0,018$ ): показатели вегетативного коэффициента пациенток второй группы (в возрасте 41-55 лет) ( $0,82 \pm 0,51$ ) статистически достоверно ниже, чем у пациенток первой (в возрасте 30-40 лет) ( $1,48 \pm 0,2$ ) и третьей (в возрасте 56-66 лет) ( $1,71 \pm 0,2$ ) групп.

Оценка степени выраженности клинических проявлений климактерического синдрома по менопаузальному индексу Куппермана в модификации Е.В. Уваровой выявила значительное преобладание показателей у женщин второй группы (в возрасте 41-55 лет) (рис. 5) по шкалам «формификация», «головная боль», «нервозность», «парестезии», «слабость (утомляемость)», по сравнению с женщинами из первой и третьей групп.



**Примечание:** 1-я группа – женщины репродуктивного возраста 30 – 40 лет; 2-я группа – женщины в перименопаузальной фазе климактерия в возрасте 41 – 55 лет; 3-я группа – женщины в постменопаузальной фазе климактерия в возрасте 56 – 66 лет.

Рис. 5. Структура менопаузального индекса Куппермана у женщин в различные возрастные периоды.

Расчет вегетативного индекса Кердо позволил установить наличие симпатикотонии (положительный индекс) у большинства женщин второй группы (в возрасте 41-55 лет) (79% в сравнении с 31% в первой (в возрасте 30-40 лет) и 29% в третьей (в возрасте 56-66 лет),  $p < 0,001$ ) группах. Ваготония (отрицательный индекс Кердо) была обнаружена в 15% случаев у женщин второй группы и 50% и 52% случаях женщин из первой и третьей групп соответственно; эйтония (индекс Кердо равен нулю) – у 6% женщин второй группы и у 19% женщин в первой и третьей группах (в обоих случаях  $p < 0,001$ ). Выявленное у пациенток второй группы преобладающее функционирование симпатического отдела вегетативной нервной системы, свидетельствует о «неэкономном» режиме работы сердечно-сосудистой системы. Это может приводить к ухудшению трофики миокарда и патологическим состоя-

ниям (нарушения ритма сердца, артериальная гипертензия и др.), риск развития которых особенно высок в условиях нервно-эмоциональных и физических нагрузок, что весьма характерно для женщин в климактерическом периоде [Белов В.Г., 2009].

Анализ межсистемного кардиореспираторного соотношения у обследуемых женщин показал, что коэффициент Хильдебранта (отношение частоты сердечных сокращений к частоте дыхания) имел тенденцию выходить за пределы нормальных значений у женщин из второй и третьей групп (табл. 6). Это указывает на дискоординацию вегетативного обеспечения респираторной и кардиальной систем у женщин старших возрастных групп, что, по всей видимости, и определяет разнообразие и обилие субъективной симптоматики.

Таблица 6

Показатель межсистемного кардиореспираторного отношения у женщин в различные возрастные периоды

Коэффициент Хильдебранта	Обследованные группы женщин, %		
	1-я группа (30-40 лет; n=69)	2-я группа (41-55 лет; n=91)	3-я группа (56-66 лет; n=88)
≤ 2,7	8,9	44,0	29
2,8-4,9	89,0	7,0	32
≥ 5,0	2,1	49,0	39

Нарушение адаптационных и компенсаторных механизмов при климаксе приводит к астенизации нервной системы. Астения, как одна из составляющих вегетативных нарушений в организме, является неспецифической формой реагирования нервной системы на самые различные факторы, в том числе на эндокринные изменения [Александровский Ю.А., 1992; Парфенов Ю.А., 2008]. Степень выраженности астенических расстройств у обследуемых женщин из разных возрастных групп оценивалась по опроснику «Айовская шкала утомления». Подсчет результатов установил значительное преобладание показателей астении у женщин второй группы по сравнению с женщинами из первой и третьей групп. У подавляющего большинства обследованных женщин во второй группе наблюдалась выраженная степень астении – 34 балла.

При изучении структуры нарушений репродуктивной системы у пациенток второй группы (в возрасте 41-55 лет) выявлялась гипоэстрогенная ановуляция у 92%, при этом уровень эстрадиола составил

98,22 ± 14,55 пмоль/л, а прогестерона – 1,29 ± 0,18 нмоль/л при высоких значениях индекса Куппермана (54,76 ± 5,88 балла).

У пациенток третьей группы (в возрасте 56-66 лет) уровень секреции ЛГ и ФСГ был увеличен до 26 ± 8,30 и 77,6 ± 10,3 мЕд/мл, соответственно, при уровне эстрадиола 91,11 ± 24,01 пмоль/л. Наиболее низкий индекс ЛГ/ФСГ, который указывает на выраженные инволютивные процессы в системе гипоталамус–гипофиз–яичники, получен у пациенток третьей группы – 0,36, что также коррелирует с выраженностью климактерических расстройств (индекс Куппермана 33,11 ± 5,88 балла).

Как видно из результатов исследования, состояние здоровья женщин второй группы (в возрасте 41-55 лет) осложняется значительными патологическими проявлениями – нейровегетативными, обменноэндокринными, психоземotionalными, которые проявляются интенсивнее, чем у женщин репродуктивного и постменопаузального периода. Как следствие, у женщин второй возрастной группы затрудняется общение, существенно осложняется повседневная и социальная активность.

#### **Факторная структура патологических проявлений климактерия у женщин в возрасте пери- и постменопаузы**

Факторный анализ эмпирических данных выявил наличие 3 факторов, объясняющих 67,49% общей дисперсии характеристик патологического климактерия. Патофизиологическая характеристика факторов приводится ниже (рис. 6).

В первый фактор (29,03% общей дисперсии) вошли показатели, отражающие: длительность индивидуальной минуты (0,647427), оценку единицы отмеривания пространства (0,718745), давление соматических жалоб (0,786861), вегетативный коэффициент (0,724141), интенсивность головной боли (0,588745), показатель нервозности (0,886868), выраженность парестезий (0,907425), вегетативный индекс Кердо (0,674987), коэффициент Хильдебранта (0,627424). Как видим, данный фактор можно определить как «симптомокомплекс нейровегетативного десинхроноза».

Во второй фактор (25,55% дисперсии) вошли показатели, отражающие: реактивную тревожность (0,724244); настроение (0,949482); формификацию (0,744147), утомляемость (0,876868), астению (0,542826). Данный фактор можно определить в целом как «психоземotionalный симптомокомплекс».

Третий фактор (12,91% дисперсии) включает показатели уровня ФСГ (0,641202); концентрацию эстрадиола (0,720868). Данный фактор отражает «обменноэндокринный симптомокомплекс».

Таким образом, факторный анализ, проведенный методом главных компонент, позволил объединить 16 наиболее информативных патогенетически связанных критериев, входящих в три фактора, суммарная дисперсия которых, характеризующая полноту и достоверность их общности, составила 67,49%.

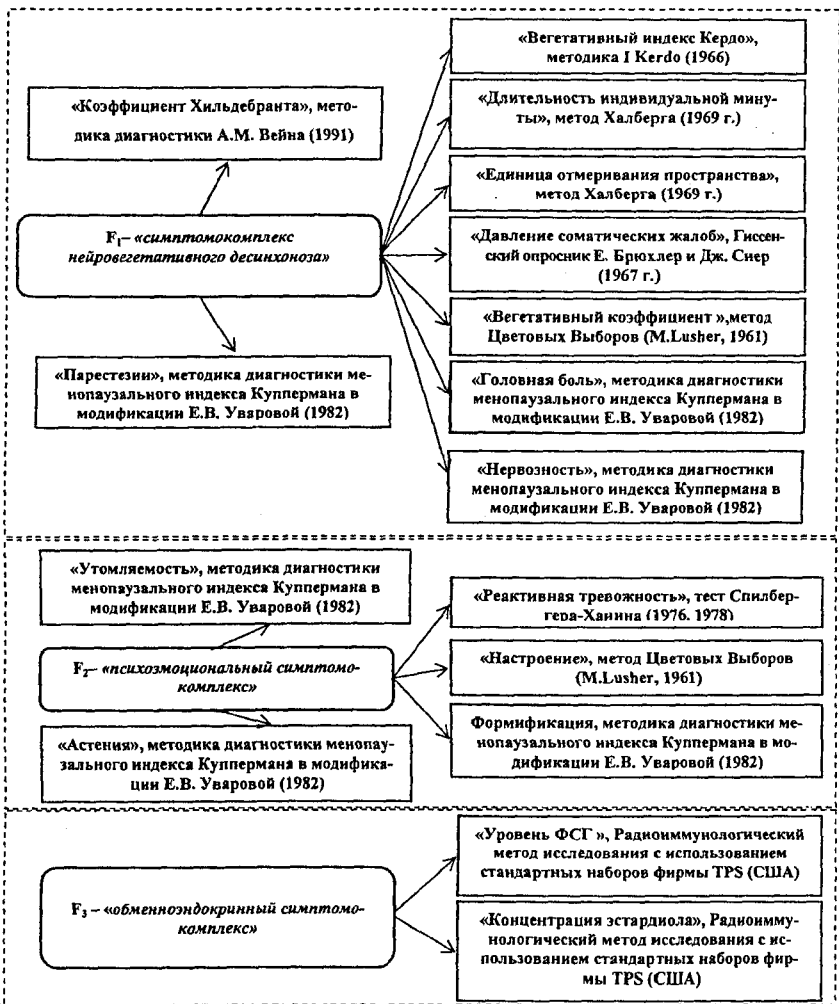


Рис. 6. Факторная структура патологического климактерия.

### Динамика патологического климактерия в результате аутогенной психокоррекции

В ходе исследования было выявлено, что характер ответа на заместительную гормональную терапию и комбинацию ЗГТ с психотерапией зависит от структуры выявленного симптомокомплекса и варианта применяемой терапии. У пациенток первой терапевтической группы достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение выраженности патологической симптоматики отмечалось в факторах «обменноэндокринный симптомокомплекс» и «психоэмоциональный

симптомокомплекс». В факторе «симптомокомплекс нейровегетативного десинхроноза» наблюдался сдвиг на уровне тенденций. Динамика состояния данных пациенток представлялась скорее позитивной (табл. 7).

Таблица 7.

Факторная структура патологической симптоматики  
в группе пациенток первой терапевтической группы

Название фактора	Норма $m \pm x$	1-й контроль (до лечения) $m \pm x$	2-й контроль (после лечения) $m \pm x$	$p <$
Симптомокомплекс нейровегетативного десинхроноза	35±3,4	28±0,1	31±0,3	0,05
Психозэмоциональный симптомокомплекс	38±2,6	29±0,6	37±0,1	0,05
Обменноэндокринный симптомокомплекс	43±6,3	24±0,2	30±0,7	0,01

У пациенток второй терапевтической группы отмечалось сходное с пациентками первой группы снижение выраженности патологической симптоматики в факторах «обменноэндокринный симптомокомплекс» и «психозэмоциональный симптомокомплекс» (табл. 8), однако в факторе «симптомокомплекс нейровегетативного десинхроноза» также наблюдался достоверный сдвиг.

Таблица 8

Факторная структура патологической симптоматики  
в группе пациенток второй терапевтической группы

Название фактора	Норма $m \pm x$	1-й контроль (до лечения) $m \pm x$	2-й контроль (после лечения) $m \pm x$	
			Женщины в возрасте 41- 55 лет. БОС-альфа- тренинг/ терапия	Женщины в возрасте 56-66 лет. БОС-бета- терапия
Симптомокомплекс нейровегетативного десинхроноза	35±3,4	26±0,2*	39±0,4	37±0,4
Психозэмоциональный симптомокомплекс	38±2,6	31±0,5*	41±0,5	38±0,2
Обменноэндокринный-симптомокомплекс	43±6,3	21±0,7**	42±0,2	43±0,3

**Примечание:** \* – достоверность различий между первым и вторым контролем ( $p < 0,05$ ); \*\* – достоверность различий между первым и вторым контролем ( $p < 0,01$ ).

Такое положение обусловлено спецификой патогенетически обоснованного применения дифференцированного подхода к использованию БОС-терапии, с учетом специфики выявленных возрастных особенностей психогений у обследуемых женщин. Так БОС-альфа-тренинг/терапия рекомендована в качестве анксиолитического компонента терапии психогенных расстройств (у женщин в возрасте 41-55 лет превалирует тревожно-фобическая симптоматика), а БОС-бета-терапия направлена на коррекцию астеновегетативной симптоматики, которая превалирует у женщин в возрасте 56-66 лет.

Полученные результаты не противоречат ряду исследований [Плотников С.М., 1997, Серов В.Н., 2008], которые показали, что к началу менопаузального периода у женщины происходит «накопление повреждений», связанное с перенесенными заболеваниями, стрессами, оперативными вмешательствами. Высокая частота, большая интенсивность, продолжительность воздействия неблагоприятных факторов обуславливают снижение ресурса здоровья и нарушают адаптационные механизмы, способствуя возникновению и развитию КС.

Как видно из представленных результатов исследования, у женщин климактерический период осложняется значительными патологическими проявлениями – нейровегетативными, обменноэндокринными, психоэмоциональными, которые проявляются значительными нейровегетативными и психоэмоциональными сдвигами. Как следствие этого, у женщин в климактерическом периоде существенно осложняется повседневная и социальная активность, затрудняется общение. Все обследованные женщины отмечали ухудшение качества жизни с наступлением климактерия. Предложенный способ коррекции вегетативных проявлений климактерического синдрома у женщин с использованием метода биологической обратной связи наряду с заместительной гормональной терапией, позволяя, учитывая возраст женщины, уменьшить вегетативные проявления патологического климакса и компенсировать хроническую психоэмоциональную недостаточность. Одновременно отмечается положительное влияние на психоэмоциональные проявления патологического климактерия, существенно нарушающие качество жизни женщин. Учитывая то, что почти все обследованные ведут социально активный образ жизни, наиболее обоснованным и удобным был выбор терапии БОС, позволяющий проводить амбулаторное лечение.

## ВЫВОДЫ

1. Состояние здоровья женщин в пери- и постменопаузальном периоде в среднем и пожилом возрасте характеризуется высоким уровнем и постоянным ростом первичной патологии психогенного регистра, в структуре которой среди женщин молодого, среднего и пожилого возраста первое ранговое место по многолетним данным стабильно принадлежит диссоциативным (конверсионным) расстройствам; на втором месте находятся соматоформные расстройства, на третьем месте – расстройства с преобладанием тревожно-фобического радикала, на четвертом – реакции на тяжелый стресс и наруше-

ния адаптации. Доля остальных классов психогенной патологии существенно ниже.

2. На каждую обследованную женщину с выявленным климактерическим синдромом приходится 1,2 диагноза, связанного с психогенной симптоматикой. У женщин первой возрастной группы (30 – 40 лет) превалирует обсессивно-компульсивное расстройство (22%); диссоциативное расстройство движений и ощущений (14%), ипохондрическое расстройство (18%), соматоформная вегетативная дисфункция (20%).

3. У женщин второй возрастной группы (41 – 55 лет) психопатологическая симптоматика представлена кратковременной депрессивной реакцией (29%), тревожной симптоматикой (16%), обсессивно-компульсивным расстройством (16%), диссоциативной (конверсионной) симптоматикой (16%), соматоформной вегетативной дисфункцией (24%), синдромом деперсонализации-дереализации (22%).

4. У женщин третьей возрастной группы (56 – 66 лет) превалируют расстройства адаптации (22%), кратковременная депрессивная реакция (37%), пролонгированная депрессивная реакция (29%), смешанная тревожная и депрессивная реакции; социальные фобии (16%), соматоформная вегетативная дисфункция (18%), специфические невротические расстройства (42%).

5. Ведущими индикаторами патологического климактерия у женщин среднего и пожилого возраста являются: пространственно-временная организация хронотопа; интегральный показатель соматических жалоб по данным Гиссенского опросника (суммарное давление жалоб); тревожность (по тесту Спилбергера-Ханина), настроение и вегетативный коэффициент (по тесту М. Люшера); значения индекса Куппермана в модификации Е.В. Уваровой, индекса Кердо и коэффициента Хильдебранта; выраженность астенических расстройств по опроснику «Айовская шкала утомления».

6. Структура саногенетических факторов патологического климактерия у женщин в возрасте пери- и постменопаузы (41 – 66 лет) включает три системообразующих фактора: «симптомокомплекс нейровегетативного десинхроноза» ( $F_1$ ; 29,03% общей дисперсии), «психозмоциональный симптомокомплекс» ( $F_2$ ; 25,55%), «обменноэндокринный симптомокомплекс» ( $F_3$ ; 12,91%), суммарная дисперсия которых, характеризующая полноту и достоверность их общности, составляет 67,49%.

7. Сочетанное применение метода биологической обратной связи и заместительной гормональной терапии препаратами-аналогами натуральных гормонов: дидрогестерон;  $17\beta$ -эстрадиол в сочетании с дидрогестероном является эффективным способом коррекции патологии психогенного регистра у женщин в возрасте пери- и постменопаузы (41-66 лет) в состоянии патологического климактерия. Достоверно более выражено позитивное влияние метода биологической обратной связи с вариантом альфа-тренинг/терапии у женщин среднего возраста (41-55 лет) и варианта биологической обратной связи БОС-бетта-терапии у женщин пожилого возраста (56-66 лет).

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для повышения эффективности и качества лечения патологии психогенного регистра у женщин среднего и пожилого возраста в состоянии патологического климактерия целесообразно применение комплекса мероприятий медико-психологической коррекции пограничной психогенной патологии, включающего диагностику и мониторинг ведущих симптомокомплексов, применение адъювантных способов таргетной терапии.

2. При динамическом контроле степени коррекции патологии психогенного регистра у женщин среднего и пожилого возраста целесообразно использовать методику оценки факторной структуры психопатологической симптоматики патологического климактерия, предполагающую анализ комплекса информативных клинико-физиологических признаков, количественные их градации и диагностический алгоритм применения.

3. Информативными для контроля саногенеза психопатологии у женщин среднего (41-55 лет) и пожилого (56-66 лет) возраста в состоянии патологического климактерия являются психофизиологические и хроноадаптационные тесты: метод Халберга, Гиссенский опросник, тест Спилбергера-Ханина, метод цветowych выборов М. Люшера, методика диагностики менопаузального индекса Куппермана, Айовская шкала утомления.

4. Для коррекции психопатологии у женщин среднего возраста (41-55 лет) в качестве адъювантных средств целесообразно использовать сочетанное применение метода биологической обратной связи с вариантом альфа-тренинг терапии и заместительной гормональной терапии препаратами-аналогами натуральных гормонов. У женщин пожилого возраста (56-66 лет) в качестве адъювантных средств целесообразно использовать сочетанное применение метода биологической обратной связи с вариантом БОС-бетта-терапии и заместительной гормональной терапии препаратами-аналогами натуральных гормонов.

## СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

### *Статьи в научных журналах, включенных в Перечень ВАК Минобрнауки России*

1. Клинико-психологические маркеры стрессоустойчивости при невынашивании беременности /В.Г. Белов, Ю.А. Парфенов, Н.В. Белова, А.А. Дергунов, А.Н. Кульбакин, С.А. Парфенов, А.А. Спицын, А.А. Пахомов, В.М.Кириянов // Вестник российской военной-медицинской академии. – 2010. – Т.4. – С. 68-72.
2. Пахомов, А. А. Особенности внутренней картины болезни у женщин с патологическим климактерием/А.А. Пахомов, Н.Н. Ружляда // Научно-теоретический журнал «Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта». – 2011, №11 (81). – С. 77-90.



3. Перспективы применения транексама и опыт его использования в лечении urgentных негравидарных метроррагий /Н. Н. Рухляда, А.А. Пахомов, А. К. Брень, М.С. Санина, Е.И. Бирюкова// Рос.вестн. акушера-гинеколога. – 2010. – № 6. – С. 58-62.
4. Психофизиологические особенности женщин в климактерическом периоде/А.А. Пахомов, Н.Н. Рухляда, Н. Н. Бакина, Д. А. Чернов// Научно-теоретический журнал «Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта». – 2011, №10 (80). – С. 89-94.

#### *Статьи в других изданиях*

5. *Пахомов А.А.* Временные показатели хронотопа у женщин репродуктивного возраста / А.А. Пахомов // Научно-теоретический журнал «Диалоги о науке», №5 – 2011. – С. 49-52.
6. *Пахомов, А.А.* Особенности факторной структуры симптомокомплексов экстрагенитальной патологии психогенного регистра у женщин среднего возраста с патологическим климактерием /А.А. Пахомов // Научно-теоретический журнал «Диалоги о науке», №5 – 2011. – С. 46-49.
7. *Пахомов А.А.* Патогенетические закономерности формирования внутренней картины болезни при различных вариантах когнитивной переработки соматической патологии. /А.А.Пахомов// Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы 2009. – Т. 11. – № 1. – С. 148-153.
8. *Пахомов, А.А.* Специфика нейровегетативных показателей у женщин в климактерическом периоде /А.А. Пахомов // Научно-теоретический журнал «Диалоги о науке», №5 – 2011. – С. 56-61.
9. *Пахомов, А.А.* Специфика соматических жалоб у женщин в климактерическом периоде /А.А. Пахомов // Научно-теоретический журнал «Диалоги о науке», №5 – 2011. – С. 61-64.
10. *Пахомов, А.А.* Эпидемиологическая характеристика психопатологических расстройств у женщин молодого, среднего и пожилого возраста /А.А. Пахомов // Научно-теоретический журнал «Диалоги о науке», №5 – 2011. – С. 52-56.

#### *Тезисы докладов*

11. Опыт применения и сравнительная характеристика бусерелина-депо, гинестрила и транексама в снижении объема менструальной кровопотери у больных аденомиозом. /М.А. Мельникова, А.А.Пахомов, Д.М. Гасимова, Н.Н. Рухляда//Журнал акушерства и женских болезней. Специальный выпуск. 5-й Международный конгресс Оперативная гинекология новые горизонты. 2011. Т. LX. Спецвыпуск. – С. 54-55.
12. *Пахомов А.А.* Острый фармакологический гемостаз в терапии urgentных негравидарных метроррагий /А.А.Пахомов, А.К.Брень, Н.Н.Рухляда//«Амбулаторно-поликлиническая практика-новые гори-

- зонты». Сборник тезисов всероссийского конгресса. – Москва, 2010.– С. 284.
13. Применение транексамовой кислоты в комплексном лечении urgentных негравидарных метrorрагий/М.А. Мельникова, А.А.Пахомов, Д.М. Гасимова, Н.Н. Ружляда//Журнал акушерства и женских болезней. Специальный выпуск 5-й Международный конгресс «Оперативная гинекология: новые горизонты». 2011. Т. LX. Спецвыпуск. – С. 62-63.

**ПАХОМОВ Александр Анатольевич** Прогнозирование и коррекция патологии психогенного регистра у женщин среднего и пожилого возраста //Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.30. - СПб., 2011. - 26 с.

Подписано в печать «26» октября 2011. Формат 60\*84 1/16.

Бумага офсетная. Печать офсетная. Печ. л. 1,0.

Тираж 100 экз. Заказ 36.

Отпечатано с готового оригинал-макета.

ЗАО «Принт-Экспресс»

197101, С.-Петербург, ул. Большая Монетная, 5 лит. А.