

РЕПЕРНЫЕ ТОЧКИ ПАТОГЕНЕЗА ФЕНОМЕНА ФОРМИРОВАНИЯ МОДЕЛИ РИСКОВАННОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

Охрана репродуктивного здоровья девушек-подростков и женщин является одной из приоритетных медико-социальных задач во всем мире, в том числе и Донецкого региона

Цель – расширить и дополнить представления об основных звеньях патогенеза феномена формирования модели рискованного репродуктивного поведения девушек-подростков с расстройством менструаций в современных социально-демографических условиях Донецкого региона.

Материал и методы. В исследование были включены подростки с гинекологическим возрастом не менее 2 лет, которые имели данные за расстройство менструаций (РМ) и рискованную сексуальную активность (РСА) в течение последних 6 месяцев – группа А (n = 257): негетеросексуальную (НГ), исключительно и преимущественно однополое предпочтение при выборе потенциального полового партнера (I, n = 89) и гетеросексуальную (Г), никогда не имевшие партнера того же пола (II, n = 168). Условно соматически здоровые сексуально-интактные сверстницы, первой группы здоровья, с регулярными менструациями без гинекологической и эндокринной патологии составили контрольную группу (К, n = 168).

Анализ данных проводился с применением общепринятых методов математической статистики. Для предварительного анализа данных применялась авторская программа «MedStat» (Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г., 2004-2012), для окончательного анализа и построения графических элементов работы был использован универсальный пакет для статистического анализа «Statistica 6.0».

Результаты и выводы. Выявлены ряд значимых реперных точек – звеньев феномена формирования модели рискованного репродуктивного поведения девушек-подростков с расстройством менструаций: воспитание в деструктивной семейной обстановке с формированием индивидуальных характерологических особенностей на фоне несформированных навыков саморегуляции и мотивационно-ценностной базы; психологически переживая чувство одиночества, как проблему, от сниженного настроения до выраженной готовности к парасуицидальным действиям, демонстрируя рискованную активность в гетеро- и негетеросексуальных отношениях со статистически значимо более высокими по количеству числа половых партнеров, с которыми были незащищенные контакты за последние 6 месяцев. По мере нарастания тяжести расстройств менструаций растет число девушек-подростков, которые имели рискованную сексуальную практику, что ведет к росту числа заболеваний, передаваемых половым путем, в т.ч. ВПЧ/ВИЧ, unplanned беременности, ее прерыванию.

Возрастает важность работы врача-гинеколога с несовершеннолетними: на профилактических осмотрах и лекциях-тренингах, консультативных приемах должен быть диалог с передачей определенными обществом ценностей и значений сексуальности, давая возможность подрастающему поколению сформировать благоразумные модели полового поведения.

Ключевые слова: девушки-подростки; беременность; риск; сексуальность; поведение; расстройство менструаций; одиночество; депрессия; самоповреждение

Babenco-Sorokopud I.V.

M. Gorky Donetsk National Medical University, Donetsk, Russia

REFERENCE POINTS OF THE PATHOGENESIS OF THE PHENOMENON OF MODEL FORMATION RISKY REPRODUCTIVE BEHAVIOR TEENAGE GIRLS

Protection of the reproductive health of teenage girls and women is one of the priority medical and social tasks in the whole world, including the Donetsk region

The aim of the research – to expand and supplement the understanding of the main links in the phenomenon of the formation of a model of risky reproductive behavior in adolescent girls with menstrual disorders in modern socio-demographic conditions.

Информация для цитирования:



10.24412/2686-7338-2024-4-57-64



ARFFJP

Бабенко-Сорокопуд И.В. РЕПЕРНЫЕ ТОЧКИ ПАТОГЕНЕЗА ФЕНОМЕНА ФОРМИРОВАНИЯ МОДЕЛИ РИСКОВАННОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ // Мать и Дитя в Кузбассе. 2024. №4(99). С. 57-64.



Materials and methods The study included adolescents with a gynecological age of at least 2 years who had data on menstrual disorder (MD) and risky sexual activity (RSA) over the past 6 months – group A (n = 257): non-heterosexual (NH), exclusively and predominantly same-sex preference when choosing a potential partner (I, n = 89) and heterosexual (H), who have never had a partner of the same sex (II, n = 168). Conditionally somatically healthy sexually intact peers, the first health group, with regular menstruation without gynecological and endocrine pathology formed the control group (K, n = 168).

The data analysis was carried out using generally accepted methods of mathematical statistics. For the preliminary analysis of the data, the author's program «MedStat» (Lyakh Yu.E., Guryanov V.G., 2004-2012) was used, for the final analysis and construction of graphic elements of the work, the universal package for statistical analysis «Statistica 6.0» was used.

Results and conclusions. A number of significant reference points - links of the phenomenon of formation of a model of risky reproductive behavior of teenage girls with menstrual disorders have been identified: upbringing in a destructive family environment with the formation of individual characterological features against the background of unformed self-regulation skills and a motivational value base, psychologically experiencing a feeling of loneliness as a problem, from a lowered mood to an expressed readiness for parasuicidal actions, demonstrating risky activity in hetero and non-heterosexual relationships with statistically significant higher in number of sexual partners with whom there were unprotected contacts in the last 6 months. As the severity of menstrual disorders increased, the share of teenage girls who had risky sexual practices increased, which leads to an increase in the number of sexually transmitted diseases, including HPV/HIV, unplanned pregnancy, its termination.

The importance of the gynecologist's work with minors is increasing: during preventive examinations and lectures-trainings, counseling sessions, there should be a dialogue with the transmission of the values and meanings of sexuality determined by society, giving the opportunity to the younger generation to form reasonable models of sexual behavior.

Key words: adolescent girls; pregnancy; risk; sexuality; behavior; menstrual disorders; loneliness; depression; self-harm

Охрана репродуктивного здоровья девушек-подростков и женщин является одной из приоритетных медико-социальных задач во всем мире, в том числе и Донецкого региона. Подростков с фактом раннего полового дебюта в гетеросексуальных и негетеросексуальных отношениях без соблюдения правил предохранения (использование регулярно барьерной контрацепции) и промискуитета, запоздалым обращением за лечением в систему здравоохранения причисляют к группе риска по заболеваниям, передаваемым половым путем. Это напрямую сказывается на сексуальном и репродуктивном здоровье, приводит к стигматизации, бесплодию, онкологическим заболеваниям и осложнениям в период беременности [1]. Вовлечение девушек в эпидемию обусловлено не только увеличением частоты полового пути инфицирования, но и биологическими и анатомическими особенностями. В современном мире сфера интимности претерпевает кардинальную трансформацию, превращаясь из регулируемого внешними нормами социального института в самоценные частные взаимоотношения [1-5].

Пубертатный период характеризуется «взрывом» сексуальной активности, обусловленной не только биологическими, но и социо-культурными факторами. Происходящие в современном обществе фундаментальные социально-демографические изменения высветили в жизнедеятельности и поведении девушек-подростков новые аспекты, которые непосредственно угрожают здоровью, в частности, репродуктивному.

Переход на дистанционное обучение образовательных организаций в связи с пандемией COVID-19 способствовал интенсивному погружению подростков в социальные сети. Приложения с сервисом «быстрых знакомств» способствовали нормализации сексуальных контактов с незнакомыми и внесли вклад в ухудшение ситуации с распространением ВИЧ-инфекции. Небезопасные явления как «социальное заражение» подростков через интернет экспериментами с гендерной идентичностью («costume play», «crossplay»), вовлечение их в сферу эротики

через «секстинг» и «сексуальную объективацию девушек» (sexual-objectification) с развитием негетеросексуальных наклонностей, вовлечение в молодежные группировки, с присущими им девиантными субкультурами, в том числе сексуальных меньшинств, провоцируют сексуальный дебют несовершеннолетних и относят к рискам социального характера [1, 6].

Сексуальность формируется в процессе многостороннего научения и координации физиологических, психологических и социальных элементов жизнедеятельности человека. Суть этого процесса в интериоризации субъектом существующих в данном обществе значений «сексуального» и определении в качестве «сексуального» собственного телесного, эмоционального и когнитивного опыта [6]. Одной из «закрытых» для обсуждения тем подростковой сексуальности являются негетеросексуальные отношения и нетрадиционные формы сексуальных контактов – анальные и оральные. Поведение подростков с приверженностью негетеросексуальному может приводить к низкому профилю самовыражения на фоне повышенной тревожности и носит саморазрушительный характер, вплоть до попыток самоубийства. Негативные эмоции у несовершеннолетних могут опосредованно менять характер менструальной функции [7].

Цель работы – расширить и дополнить представления об основных звеньях патогенеза феномена формирования модели рискованного репродуктивного поведения девушек-подростков с расстройством менструаций в современных социально-демографических условиях Донецкого региона.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На первом этапе был проведен теоретический анализ проблемы исследования. На втором этапе сформирована эмпирическая выборка исследования.

В исследование были включены девушки-подростки, жительницы Донецкого региона, с гинекологическим возрастом не менее 2 лет, которые име-

ли данные за расстройство менструаций (РМ) и рискованную сексуальную активность (РСА, незащищенные сексуальные контакты, в т.ч. негетеросексуальные, промискуитет – наличие более одного сексуального партнера или наличие как минимум одного непостоянного (случайного) партнера) в течение последних 6 месяцев.

Группы представлены пациентками, которые объединены РМ и приверженностью РСА: I (n = 89) негетеросексуальной (НГ, исключительно и преимущественно однополое предпочтение при выборе потенциального партнера) и II (n = 168) гетеросексуальной (Г, никогда не выбирали потенциального партнера того же пола).

Критерии включения в исследование: отсутствие иных эндокринных болезней; отсутствие факта приема лекарств, в том числе комбинированных гормональных контрацептивов (КГК) в течение 3 мес. и более до начала исследования; отсутствие обострений хронических и острых соматических заболеваний. Критериями не включения служили: опухоли, в т.ч. органов малого таза; генетические синдромы и пороки развития; диагноз неклассической формы врожденной гиперплазии коры надпочечников, гиперпролактинемия; психические расстройства эндогенно-процессуальной природы. Условно соматически здоровые сексуально-интактные сверстницы, первой группы здоровья, с регулярными менструациями без гинекологической и эндокринной патологии составили контрольную группу (К, n = 168).

Исследование было выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинкской Декларации. Протокол исследования был одобрен Этическими комитетами всех участвующих клинических центров. До включения в исследование у всех участников было получено письменное информированное согласие.

Анализ данных проводился с применением общепринятых методов математической статистики. Для предварительного анализа данных применялась авторская программа «MedStat» (Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г., 2004–2012), для окончательного анализа и построения графических элементов работы был использован универсальный пакет для статистического анализа «Statistica 6.0».

Для статистической обработки результатов исследования были применены базовые методы математической статистики: описательная статистика, парные и множественные сравнения. Обязательным этапом обработки результатов была проверка выборочных распределений на предмет их отличия от нормального закона с использованием критериев Шапиро–Уилка (в случае если $n < 30$) и Хи-квадрат Пирсона (в случае если $n \geq 30$). При парном сравнении выборочных совокупностей в случае нормального закона распределения использовались параметрические критерии (t-критерий Стьюдента и F-критерий Фишера). В случае отличия закона распределения от нормального, применялись непараметрические критерии сравнения (W- и T-критерий

Вилкоксона, критерий Манна–Уитни, критерий Хи-квадрат Пирсона). Во всех случаях в качестве критического уровня значимости принималось значение 0,05.

Для точечной характеристики количественных признаков были выбраны среднее выборочное значение (M), стандартная ошибка анализируемого признака ($\pm m$) и 95% доверительный интервал (95% CI) или значение медианы (Me) и I-III квартиль (25;75 %Q). Для качественных признаков в работе использован показатель частоты встречаемости, выраженный в %, его стандартная ошибка ($\pm m\%$) или 95% доверительный интервал (95% CI).

Для оценки силы связи между парой признаков применялся расчет коэффициента корреляции Пирсона (при нормальном распределении признаков) или коэффициента ранговой корреляции Спирмена (при альтернативном распределении признаков).

Восприятие и анализ рисков, в том числе и тех, которые могут быть причиной нарушения репродуктивного здоровья – это анализ вероятности того, что при воздействии данного фактора произойдут определенные нежелательные события, которые отрицательно повлияют на достижение целей, в частности, сохранение репродуктивного потенциала, то есть процедура выявления факторов риска (в том числе опасности) и оценки их значимости. При этом в данной работе учитывался тот факт, что действия, воспринимаемые исследователем, рассматривались как рискованные, в то время как сам субъект (в данном случае – это сексуально активная девушка-подросток с расстройством менструаций (РМ)? которая имела незащищенные половые контакты) так не считал.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проведено в соответствии с разработанной этапной методикой изучения социальных и психологических переменных - рисков, связанных с повышением либо снижением уровня благополучия репродуктивного здоровья девушек-подростков. Оценены типы воспитания в семье, характерологические особенности, адаптационные возможности, эмоциональное состояние девушек-подростков (ДП) сравниваемых групп [5].

Анализ рисков условно был разделен на два взаимно дополняющих друг друга вида: качественный и количественный. Качественный анализ в исследовании имел цель определить (идентифицировать) факторы, области и виды рисков. Количественный анализ рисков позволил дать возможность численно определить размеры как отдельных рисков, так и риска в целом.

Итоговые результаты качественного анализа риска, в свою очередь, послужили исходной информацией для проведения количественного анализа.

Изучение дистальных факторов, которые характеризуют различные аспекты развития социальной ситуации и сравнение данных выявили:

- дисгармоничный тип семейного воспитания (опросник «Анализ семейного воспитания» (АСВ) Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкого (1992, 1994), тестирование родителей) в группе имеющих дочерей с рискованным поведением регистрировался в 8,4 раза чаще, чем в контрольной группе (соответственно 84,82 % и 10,12 %, $p < 0,05$);

- уровень социально-экономического благополучия семей обследованных ДП (анонимное анкетирование родителей) не был значимым фактом и не являлся определяющим в риске раннего начала половой жизни ($p > 0,05$), позволяя утверждать, что тенденция к раннему началу половой жизни распространяется на ДП различных социальных слоев. «Социальному заражению» через интернет было подвергнуто большинство пациенток (84,82 %) и каждая десятая – контрольной группы (10,12 %, $p < 0,05$);

- травмирующие события (анонимное анкетирование ДП) были выявлены у каждой третьей пациентки в 33,07 % случаев и у сверстниц контрольной группы в 29,17 % случаев ($p > 0,05$), связанные со стрессом военного времени;

Изучение проксимальных факторов и сравнение данных выявило статистически значимые различия:

- отрицательную зависимость возраста менархе с индексом маскулинность-феминность, указывая на склонность его начала в более старшем возрасте преимущественно у пациенток, имеющих ближе баллы по шкале маскулинности ($p < 0,05$) при диагностике психологического пола и определение степени андрогинности, маскулинности и феминности личности (полоролевой опросник С. Бем);

- низкую инициативу по формированию духовно-нравственных ценностей, подтверждающая нравственно-деловую и эгоистически-престижноцелевую (прагматическую) направленность 33,85 %, ($p < 0,01$) и 58,37 % ($p < 0,01$), при исследовании мотивационно-ценностной структуры личности (основные жизненные ценности человека, морфологический тест жизненных ценностей (МТЖЦ) В.Е. Сопова (2002), тестирование ДП – потребность девушек соответствовать моде при недостаточно устойчивой системе мировоззрения, подвергает социокультурному влиянию, которое диктует не всегда целесообразные установки, идеалы и ценности.

Изучение уровня выраженности факторов психологического дистресса и сравнение данных следующих категорий выявил:

- дезадаптацию личности подростков, на основе изучения преморбидной структуры характера, типа акцентуации характера (патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) для подростков А.Е. Личко, тестирование ДП) – у подавляющего большинства девушек с РМ выявлены различные типы акцентуации характера (96,11 %, $p < 0,01$) с дезактуализацией событий, в частности, касающихся собственного здоровья и поведения (РМ, РСА) без оценки будущего (последствий, осложнений) с неприятием вмешательства в решение их проблем

(обследование, лечение), что подтверждает актуальность должного внимания со стороны профильных специалистов;

- высокие уровни тревожности личностной в группе пациенток в 59,53 % случаев против 7,14 % в контрольной группе сверстниц ($p < 0,05$) и ситуативной в 33,85 % случаев ($p < 0,001$) (методика Спилбергера-Ханина, тревожность – и как личностное свойство, и как состояние, связанное с текущей ситуацией, тестирование ДП);

- сниженное настроение психогенного генеза (методика диагностики депрессивных состояний А.Т. Бек (А.Т. Beck, 1961, 1978), адаптированная для подростков Н.В. Тарабриной, 2001) выявлено в группе пациенток в 51,75 % ($p < 0,05$) случаев;

- высокий уровень чувства одиночества (шкала UCL А.Д. Рассела, (Russell, 1996)), Л.А. Пепло, Г. Фергюссона, тестирование ДП), который воспринимался подростками как проблема, несмотря на то, что большинство девушек социализированы, выявлен в 91,44 % случаев у пациенток и в 9,52 % случаев ($p < 0,05$) у условно здоровых сверстниц;

- риск суицидального поведения (опросник суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой, тестирование ДП) выявлен у каждой второй пациентки исследования в 65,37 % и в 5,95% в контрольной группе ($p < 0,05$), что можно рассматривать как парасуицидальный фактор в виде самоповреждения как «тату» на коже туловища и конечностей (65,37 % против 5,95 % в контрольной группе), на коже лица и на половых органах (соответственно 4,67 % и 8,95 %); «тоннели» (13,2 %); «шрамирование» (2,33 %); аддикции алкогольная и наркотическая (соответственно 22,57 % и 3,11 %), пищевая (диагноз «Нервная анорексия» клинически верифицирован) (4,67 %) [1];

- индикаторы РСА – количество половых партнеров, с которыми были незащищенные контакты за последние 6 месяцев и их процентное распределение по уровню выраженности РС и менструальной функции, симптомов чувства одиночества как проблемы, сниженного настроения (табл.).

Взаимосвязь гормонального дисбаланса как расстройства менструаций у девушек-подростков с РСА с эмоциональным неблагополучием подтверждается анализом данных в отдельно рассматриваемых группах пациенток. В I и II группах с регулярным менструальным циклом и РМ по типу дисменореи выявлена положительная корреляция с выраженностью сниженного настроения ($R_{sp} = 0,862$ ($p = 0,01$) и $R_{sp} = 0,708$ ($p < 0,01$) соответственно). Такая же динамика у пациенток с нарушением менструальной функции по типу олиго/аменорея ($R_{sp} = 0,862$ / $R_{sp} = 0,5$, $p = 0,01$ и $R_{sp} = 0,662$ / $R_{sp} = 0,78$, $p = 0,01$). Пациентки исследования с РМ и РСА преимущественно сообщали о нескольких половых партнерах в течение указанного временного промежутка, при этом у девушек с дисменореей ИГ РСА в 1,4 раза реже регистрировался один случайный половой партнер, в сравнении с пациентками с Г РСА (46,2 % против 64,3 %, $p = 0,01$).

Таблица
 Распределение изучаемых характеристик у девушек-подростков с РМ и РСА (%)
 Table
 Distribution of the studied characteristics in adolescent girls with RM and RSA (%)

РМ	Группы	Индикатор РСА		
		Количество половых партнеров с которыми были незащищенные контакты за последние 6 месяцев		
		Один	Два	Три и более / из них «секс-бизнес»
Дисменорея (n = 55)	I группа, n = 13 (23,6 %)	6 (46,2 %)	4 (30,8 %)	3 (23,0 %) / 0,00
	II группа, n = 42 (76,4 %)	27 (64,3 %)	9 (21,4 %)	6 (14,3 %) / 0,00
Олигоменорея (n = 137)	I группа, n = 39 (28,5 %)	11 (28,2 %)	13 (33,3 %)	15 (38,5 %) / 0,00
	II группа, n = 98 (71,5 %)	30 (30,6 %)	34 (34,7 %)	34 (34,7 %) / 0,00
Аменорея (n = 65)	I группа, n = 37 (56,9 %)	5 (13,5 %)	15 (40,5 %)	17 (46,0 %) / 3 (8,1%)
	II группа, n = 28 (43,1 %)	2 (7,1 %)	12 (42,9 %)	14 (50,0 %) / 6(21,4%)

Примечание: При проверке значимости корреляционной связи для двух выборок рассчитывался коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Note: When testing the significance of the correlation relationship for two samples, the Spearman rank correlation coefficient was calculated.

Девять (3,5 %) девушек, имея расстройство менструальной функции по типу вторичной аменореи, сообщили о предоставлении сексуальных услуг на коммерческой основе с непостоянным использованием барьерных средств контрацепции. В своей работе Э. Гидденс [2] отмечает, что в современном мире сексуальность стала осмысливаться как самостоятельное качество личности, не ограниченное продолжением рода, это в каком-то смысле «собственность», «ценность», «ресурс», который можно вложить или обменять. При этом у всех пациенток выявлена обратная зависимость более высокого риска расстройств менструаций на фоне выраженного чувства одиночества: выше риск развития менструальных нарушений у подростков с высоким уровнем чувства одиночества, который воспринимался как проблема (ОШ 1,3; 95% ДИ 1,00-1,7, $p = 0,003$). У девушек с регулярным циклом выявленные корреляции были незначимы.

По данным В.В. Покровского, при проведении биоповеденческого исследования среди ключевых уязвимых групп населения 15-49 лет и триангуляции данных — поражённость ВИЧ значительно превышает общепопуляционную и в 13 раз выше среди женщин, оказывающих сексуальные услуги за плату; каждый тридцатый мужчина живет с ВИЧ, а отсюда и риск заражения женщин несовершеннолетних, в том числе; инфицирование ВИЧ при гетеросексуальных контактах в 57,5 %, при негетеросексуальных в 2,5 % [8].

ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведения диагностического этапа исследования удалось получить сравнительные характеристики зависимости формирования пологового поведения от индивидуально-психологических параметров девушек-подростков таких существенных элементов, как стили воспитания и признаков воздействия социальной ситуации, в т.ч. «социального заражения», что представляет собой действую-

щий фактор воздействия на личность и морально-нравственные принципы, способствуя социально-психологической дезадаптации подростков, а также вариации зависимости от уровня выраженности психологического дистресса, в частности, чувства одиночества и расстройств настроения. Не следует забывать, что подростковый возраст знаменует собой начало и быстрое развитие многих психических дисфункций (например, депрессии, тревоги), которые способствуют повышенному риску самоповреждения и самоубийства [9].

К факторам риска развития расстройств настроения, кроме женского пола, относят одиночество как проблема [10]. По данным нашего исследования, значимым предиктором РСА в течение последних 6 месяцев являлось выраженное чувство одиночества и симптомы депрессивного настроения ($p < 0,01$). Выраженное чувство одиночества как проблемы оказалось распространенным фактором среди 91,44 % пациенток исследования, и у каждой пятой из них при оценке настроения выявлена эмоциональная дезадаптация как печальное настроение в $51,75 \pm 3,12$ % ($p < 0,05$) случаев, в том числе, наличие разного уровня выраженности симптомов депрессии — легкая степень с характерным преобладанием чувства подавленности ($36,19 \pm 3,00$ % в группе пациенток против 2,98 % в контрольной группе, $p < 0,05$), умеренно выраженные — в 5,45 % и тяжелые признаки расстройства настроения были выявлены исключительно у пациенток с аменореей в 3,11 % случае ($p < 0,01$).

В последние годы возросло число исследований, посвященных так называемым «маскированным» депрессиям, то есть состояниям, когда депрессия как бы «прячется за фасадом» непсихического заболевания, в том числе, за маской гинекологических расстройств (расстройств менструаций) [11]. Отчасти объяснения кроются в основных клеточных механизмах развития депрессии, которые имеют взаимное влияние на нейроэндокринную функцию и тесную связь с состоянием эндокринной системы [12]. При

сниженном настроении происходит гиперактивация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы с повышением уровня глюкокортикоидов. При этом нарушается механизм отрицательной обратной связи. Избыточно повышенный уровень глюкокортикоидов при депрессии изменяет чувствительность норадренергических рецепторов в головном мозге, обладает нейротоксическим эффектом, особенно в отношении нейрогенеза в гиппокампе [13].

Психологический дистресс и выраженное чувство одиночества, как проблемы, в научной литературе рассматриваются предиктором суицидального поведения либо склонности «... получать удовольствие от взаимодействия с друзьями» [14]. Пик самоповреждающего поведения приходится на подростковый возраст, причем сам по себе подростковый возраст считается фактором риска [11]. Возрастной промежуток между 15 и 24 годами является пиковым в отношении суицидальных попыток, а средний показатель частоты самоубийств среди подростков в мире, среди индивидов женского пола – 4,1 на 100 000. Причины столь неблагоприятной ситуации неоднозначны и в 69,5 % случаев связаны с воздействием факторов ближайшего микросоциального окружения подростка – любовные конфликты, конфликтные отношения со сверстниками, вовлеченность в молодежные субкультуры [15, 16].

По мнению S.E. Hetrick et al. [17], риск самоповреждающего поведения подростка, находящегося в депрессии, существенно возрастает, если в ее структуре присутствует переживание одиночества, безнадежности, а семья имеет все признаки дисфункциональности. В 35,7 % случаев подростки прибегают к самоповреждению, переживая невыносимое душевное состояние, обозначаемое как душевная боль в одиночестве.

В целом исследование показало, что выделение переживания одиночества в рамках проблемы репродуктивного здоровья девушек-подростков является наиболее вероятной детерминантой подростковой рискованной сексуальной активности, как факта самоповреждающего поведения. Важно проводить разграничение между переживаниями одиночества (91,44 %, $p = 0,64$, $p < 0,01$), и депрессивными симптомами (51,75 %, $p = 0,42$, $p < 0,01$) для вероятной прогностической ценности, так как это состояние имеет большую протяженность во времени. Поскольку значительная доля пациенток (с фактом лечения ИППП/ВИЧ в анамнезе) обратились на прием к гинекологу с опасением либо непланируемой беременности, либо повторного инфицирования ИППП после недавней рискованной сексуальной активности со случайным партнером, могло быть причиной выраженных симптомов депрессии. В свою очередь, тягостное чувство одиночества, как проблемы, на фоне депрессивных переживаний является важным прогностическим критерием тенденций к рискованному репродуктивному поведению среди несовершеннолетних с ($p = 0,58$, $p < 0,01$).

Сравнительный анализ индикаторов рискованной сексуальной активности и выраженности рас-

стройств менструаций показал, что подростки с нарушением менструальной функции характеризовались статистически значимо более высокими по количеству числа половых партнеров, с которыми были незащищенные контакты за последние 6 месяцев ($p < 0,01$) в сравнении со сверстницами, которые отличались расстройством менструаций без нарушения менструальной функции и меньшим количеством половых партнеров.

Так как параметры рискованного сексуального поведения связаны с различными процессами и механизмами, которые приводят к формированию рискованных сексуальных практик, результаты проведенного исследования позволяют предполагать, что одно из объяснений РСА у девушек-подростков – самоповреждающее поведение на фоне расстройств менструальной функции, специфики мышления в депрессивном и субдепрессивном состояниях. Наши данные подтверждают сведения, которые были получены в результате исследования подростков с самоповреждающим поведением (суицидальным и несуйцидальным), указывающие на факт аутоагрессивного проявления у подростков, для которых свойственны негативная оценка себя, мира и собственного будущего, так называемая «депрессивная триада» А. Бека [18].

Опираясь на когнитивные модели и теорию совладания со стрессом (англ. coping theory), в которых рискованное сексуальное поведение связывается с депрессией [19] ученые, исследуя тему «Депрессия и рискованное сексуальное поведение», высказали предположение о необходимости в ходе разработки и реализации превентивных программ, направленных на увеличение использования презервативов, учитывать негативное влияние симптомов депрессии.

По некоторым данным, обучение педагогов и родителей профилактике среди подростков рискованной сексуальной активности, как самоповреждающего поведения, является безопасной стратегией, тем не менее, пока нет явных доказательств того, что эти программы работают и подростки превентивно реагируют на нее [19].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Объемная картина взаимосвязей изучаемых параметров определила значимые реперные точки патогенеза феномена формирования рискованного репродуктивного поведения сексуально активных девушек-подростков с расстройством менструаций, как совокупность признаков.

Воспитание в условиях семейной депривации (84,82 %, $r = 0,50$, $p < 0,01$) формирует у ребенка индивидуальные особенности как акцентуации (95,5 %, $r = 0,56$, $p < 0,01$). При незрелости к подростковому возрасту навыков саморегуляции и мотивационно-ценностной базы (58,37 %, $r = 0,39$, $p < 0,01$), переживание выраженного чувства одиночества как проблемы (91,44 %, $r = 0,64$, $p < 0,01$) находит отражение в совокупности разнообразных

эмоциональных состояний. Состояние дистресса (высокая ситуативная (33,85 %, $r = 0,47$, $p < 0,01$) тревожность, сниженное настроение (51,75 %, $r = 0,42$, $p < 0,01$),) у девушек-подростков, особенно при нарушении менструальной функции (78,6 %), на фоне психотравмирующих факторов (военного времени (33,07 %, $p < 0,05$, $r = 0,21$), «социального заражения» через интернет (84,82 %, $p < 0,01$, $r = 0,73$) статистически чаще приводит к снижению устойчивости психического статуса, вплоть до выраженной готовности к парасуицидальным действиям (65,37 %, $p < 0,01$, $r = 0,53$). Это сужает стереотипы копинг-стратегий и выбор способов реагирования в современных социально-демографических условиях Донецкого региона, как демонстрация рискованной активности в гетеро- и негетеросексуальных отношениях.

Пациентки исследования с расстройством менструальной функции, как олигоменорея и аменорея, на фоне эмоциональной нестабильности статистически чаще сообщали о нескольких случайных половых партнерах, с которыми были незащищенные контакты за последние 6 месяцев ($p < 0,01$).

Результаты проведенного исследования позволяют предполагать, что одним из объяснений рискованной сексуальной активности у девушек-подростков, как типа самоповреждающего поведения, являются действия несовершеннолетних на фоне расстройств репродуктивного здоровья, специфики настроения и мышления в состоянии одиночества, как проблемы.

Полученные данные позволили расширить и дополнить представления об основных звеньях па-

тогенеза феномена формирования модели рискованного репродуктивного поведения девушек-подростков с расстройством менструаций в современных социально-демографических условиях на основании верификации новых механизмов инициации нарушения репродуктивного здоровья.

Одним из принципов эффективной профилактики считается сочетание интервенций, направленных на факторы риска и защитные факторы (Romano, 2013), понимание, на что можно опираться при работе с подростком, каковы его ресурсы. Выявленные закономерности дают возможность воздействовать на факторы как можно раньше при организации укрепления репродуктивного потенциала подростков и коррекции гендерной атипичности, воспитательных и педагогических воздействиях в межведомственном взаимодействии учреждений здравоохранения, образования и социальной защиты. В этой связи возрастает важность работы врача-гинеколога с несовершеннолетними, начиная с профилактических осмотров и бесед с родителями. Чем лучше профильные специалисты будут подготовлены к передаче подросткам определенных нашим обществом ценностей и значений сексуальности, тем вероятней подрастающее поколение сформирует благоразумные модели полового поведения.

Генезис рискованного репродуктивного поведения требует дальнейшего изучения и доказательного подхода к особенностям содержания и внедрения программ с единой методологией по минимизации факторов риска и укреплению факторов защиты, что представляет практический интерес с точки зрения государственной безопасности.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Babenko-Sorokopud IV. Associaciya mediko-social'nyh faktorov i fenomena riskovannogo reproduktivnogo povedeniya devushek-podrostkov. Vestnik skoroj pomoshchi. 2023; 7/8(1/2): 31-40. Russian (Бабенко-Сорокопуд И.В. Ассоциация медико-социальных факторов и феномена рискованного репродуктивного поведения девушек-подростков // Вестник скорой помощи. 2023. Т. 7/8, № 1/2. С. 31-40.)
2. Hoang T, Toler E, DeLong K, Mafunda NA, Bloom SM, Zierden HC, et al. The cervicovaginal mucus barrier to HIV-1 is diminished in bacterial vaginosis. *PLoS Pathog.* 2020; 16(1): e1008236. doi: 10.1371/journal.ppat.1008236
3. Selikhova MS, Voroshilova SV, Soltys PA, Moon VA. Reproductive health protection: medical and organizational measures and legal regulation. *Journal of Volgograd State Medical University.* 2024; 21(2): 121-124. Russian (Селихова М.С., Ворошилова С.В., Солтыс П.А., Мун В.А. Охрана репродуктивного здоровья: медико-организационные мероприятия и правовое регулирование // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2024. Т. 21, № 2. С. 121-124.) doi: 10.19163/1994-9480-2024-21-2-121-124
4. Gartvik EV. Features of development of the mental model in adolescents with delinquent behavior. *Society: Sociology, Psychology, Pedagogics.* 2021; 5: 121-126. Russian (Гартвик Е.В. Особенности развития модели психического у подростков с делинквентным поведением // Общество: социология, психология, педагогика. 2021. № 5. С. 121-126.)
5. Ly'marenko VM, Leont'ev OV. Sbornik psixologicheskix testov i metodik: uchebnoe posobie. SPb., 2021. 111 s. Russian (Лымаренко В.М., Леонтьев О.В. Сборник психологических тестов и методик: учебное пособие. СПб., 2021. 111 с.)
6. Ioffe EV. Seksual'nost' kak fenomen socializacii // Gendernaya psixologiya i pedagogika: uchebnik i praktikum dlya bakavriata i magistratury / pod red. O.I. Klyuchko. M.: Izdatel'stvo Yurajt, 2018. S. 138-152. Russian (Июффе Е.В. Сексуальность как феномен социализации // Гендерная психология и педагогика: учебник и практикум для бакалавриата и магистратуры / под ред. О.И. Ключко. М.: Издательство Юрайт, 2018. С. 138-152.)
7. Erofejeva LV. Risky behavior of adolescents. The role of sexual education (foreign scientific literature review). *Pediatric and adolescent reproductive health.* 2009; 5: 68-77. Russian (Ерофеева Л.В. Поведение риска у подростков. Роль сексуального образования (обзор зарубежной научной литературы) // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2009. № 5. С. 68-77.)

8. ВИЧ-инфекция и СПИД. Национальное руководство /под ред. В.В. Покровского. М.: GE`OTAR-Media, 2020. 696 с. Russian (ВИЧ-инфекция и СПИД. Национальное руководство /под ред. В.В. Покровского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 696 с.)
9. Vihristyuk OV. On the issue of modern programs for the prevention of suicidal behavior of adolescents and young people (review of some foreign programs). *Social Sciences and Childhood*. 2020; 1(1): 47-57. Russian (Вихристюк О.В. К вопросу о современных программах профилактики суицидального поведения подростков и молодежи (обзор некоторых зарубежных программ) //Социальные науки и детство. 2020. Т. 1, № 1. С. 47-57.) doi: 10.17759/ssc.2020010104
10. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*. 1996; 276(4): 293-299.
11. Skuhareuskaya MM. Depression somatic masks. *Meditinskie novosti*. 2022; 1(328): 61-66. Russian (Скугаревская М.М. Соматические маски депрессии //Медицинские новости. 2022. № 1(328). С. 61-66.)
12. Dubinina EE, Schedrina LV, Mazo GE. The Main Biochemical Aspects of The Pathogenesis of Depression. Part II. *Uspehi fiziologicheskikh nauk*. 2021; 52(1): 31-48. Russian (Дубинина Е.Е., Щедрина Л.В., Маза Г.Э. Основные биохимические аспекты патогенеза депрессии. Часть II //Успехи физиологических наук. 2021. Т. 52, № 1. С. 31-48.) doi: 10.31857/S0301179821010033
13. Law RW. Depression. Revised Second Edition. Oxford University Press, 2012. 140 p.
14. Elgina SI, Ushakova GA, Nikulina EN. Features of reproductive system of preterm neonate girls. *Pediatric and Adolescent Reproductive Health*. 2017; 2(3): 24-29. Russian (Елгина С.И., Ушакова Г.А., Никулина Е.Н. Основные показатели репродуктивной системы недоношенных новорожденных девочек //Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2017. Т. 2, № 3. С. 24-29.) doi: 10.24411/1816-2134-2017-00021
15. Polskaya NA. Risk Factors and Approaches to Preventing Self-Injurious Behavior in Adolescents. *Clinical Psychology and Special Education*. 2018; 7(2): 1-20. Russian (Польская Н.А. Факторы риска и направления профилактики самоповреждающего поведения подростков //Клиническая и специальная психология. 2018. Т. 7, № 2. С. 1-20.) doi: 10.17759/psyclin.2018070201
16. Paschall MJ, Bersamin M. School-based health centers, depression, and suicide risk among adolescents. *Am J Prev Med*. 2018; 54(1): 44-50. doi: 10.1016/j.amepre.2017.08.022
17. Kuznetsova SY, Basova AY, Zalmanova SL, Khlovov KD. Body Image in Adolescents with Suicidal and Non-Suicidal Self-Harm Behavior: Satisfaction with Their Own Bodies. *Clinical Psychology and Special Education*. 2023; 12(2): 138-163. Russian (Кузнецова С.Ю., Басова А.Я., Залманова С.Л., Хломов К.Д. Образ тела у подростков с суицидальным и несуйцидальным самоповреждающим поведением: удовлетворенность собственным телом //Клиническая и специальная психология. 2023. Т. 12, № 2. С. 138-163. doi: 10.17759/cpse.2023120207
18. Shabolts AV, Zhan W, Skochilov RV, Abdala N, Krasnoselskikh TV. Depression and sexual risk behavior. *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology*. 2013; 4: 33-43. Russian (Шаболтас А.В., Жан В., Скочилов Р.В., Абдала Н., Красносельских Т.В. Депрессия и рискованное сексуальное поведение //Вестник СПбГУ. Серия 16: Психология. Педагогика. 2013. № 4. С. 33-43.)
19. Torok M, Calcar AL, Smart A, Nicolopoulos A, Wong Q. Preventing adolescent suicide: A systematic review of the effectiveness and change mechanisms of suicide prevention gatekeeping training programs for teachers and parents. *J Adolesc*. 2019; 73: 100-112. doi: 10.1016/j.adolescence.2019.04.005

КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ АДРЕСОВАТЬ:

БАБЕНКО-СОРОКОПУД Ирина Вячеславовна

283001, г. Донецк, пр. Ильича, д. 16, ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России

E-mail: irina.b-s@mail.ru

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

БАБЕНКО-СОРОКОПУД Ирина Вячеславовна, канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии, ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России, г. Донецк, Россия.
E-mail: irina.b-s@mail.ru

INFORMATION ABOUT AUTHORS

BABENKO-SOROKOPUD Irina Vyacheslavovna, candidate of medical sciences, docent of the department of obstetrics, gynecology, perinatology, pediatric and adolescent gynecology, M. Gorky Donetsk State Medical University, Donetsk, Russia. E-mail: irina.b-s@mail.ru