

УДК 618.1/2-053.7:614.25

*И.В. Бабенко-Сорокопуд, Э.Б. Яковлева, А.А. Железная, В.В. Вустенко, Е.В. Золото,
Л.В. Желтоноженко*

ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА И НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ В АНАМНЕЗЕ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. Целью данной работы являлось: собрать данные об особенностях полового поведения у девушек-подростков и молодых женщин с нарушением менструального цикла и нервной анорексией разного этапа в анамнезе. Было обследовано 20 девушек-подростков и молодых женщин с нарушением менструального цикла и нервной анорексией в анамнезе (группа А), медиана возраста составляла 16,9 (16–24) лет. В ходе исследования выделено две группы, отличающиеся по клиническому проявлению нарушения пищевого поведения в анамнезе. Первую группу составили 11 девушек-подростков и молодых женщин с ограничительным пищевым поведением до этапа кахексии, вторую группу (9) с ограничительным пищевым поведением без этапа кахексии и с последующим булимическим эпизодом в анамнезе. Были проанализированы данные гинекологического анамнеза, лабораторных и диагностических методов исследований (гормональное исследование крови, данные ультразвукового исследования внутренних гениталий в динамике), результаты медико-психологического тестирования, анамнез полового становления. В ходе исследования выявлены особенности полового поведения, различные для пациенток сравнимых групп. Так, первая группа ($n = 11$) девушек-подростков и молодых женщин характеризовалась «застреванием» на эротическом уровне полового становления и потребности в дистанцировании в отношениях с противоположным полом; поздним половым дебютом по сравнению с результатами второй группы в 1,4 раза ($23 \pm 0,6$ года, ($p_{1-2} < 0,05$)), выраженным колебанием настроения, слабой установкой на полную семью. Во второй группе ($n = 9$) фиксировался ранний сексуальный дебют ($17 \pm 0,9$) лет, ($p_{1-2} < 0,05$), промискуитет, выраженные колебания настроения, благоприятные установки на семью и реализацию репродуктивной программы. Выявленные данные особенностей полового поведения диктуют необходимость своевременного мультидисциплинарного подхода в профилактике, коррекции и длительности наблюдения в группе риска подобных пациенток для сохранения репродуктивного здоровья.

Ключевые слова: девушки-подростки, молодые женщины, нарушение менструального цикла, нервная анорексия, булимия, половое поведение

Актуальность. Нервная анорексия (НА) — заболевание, развивающиеся преимущественно в подростковом и юношеском возрасте. Степени выраженности психических расстройств (этапы) при патологии пищевого поведения во многом обуславливают течение и дальнейший прогноз заболевания [1, 2, 3], нередко яв-

ляются причиной нарушения менструального цикла и полового инстинкта [3].

Половой инстинкт, наряду с пищевым и инстинктом самосохранения, относится к ряду «базовых» или «основных» инстинктов. [1, 2, 4] Удовлетворение полового влечения связано с проявлением совокупности биологических, психофизиологических, душевных и эмоциональных реакций, переживаний и поступков человека. [4] Сексуальное поведение человека выполняет три функции: репродуктивную, гедоническую (направленную на получение наслаждения) и коммуникативную. Таким образом, актуальность изучения особенностей полового поведения у девушек с данной патологией в анамнезе обуславливается в прогностической значимости реализации репродуктивной программы.

Цель: собрать данные особенностей полового поведения девушек-подростков и молодых женщин с нарушением менструального цикла и нервной анорексией разного этапа в анамнезе.

Материалы и методы: данные гинекологического анамнеза, лабораторных и диагностических методов исследований (гормональное исследование крови, данные ультразвукового исследования внутренних гениталий в динамике), результаты медико-психологического тестирования, анамнез полового становления.

Критерии включения в исследование: возраст девушек-подростков и молодых женщин от 15 до 27 лет, в анамнезе нарушения менструального цикла (НМЦ) по типу вторичной аменореи (N 91.1) и верифицированный диагноз специфического расстройства пищевого поведения — нервная анорексия (НА) (F50.0 – F50.2) [5].

В исследование вошло 20 человек — группа А, с медианой возраста 16,9 (16–24) лет [5]. В ходе изучения динамики психических расстройств в анамнезе выделено две подгруппы. Девушки-подростки и молодые женщины, в анамнезе которых было ограничительное пищевое поведение с этапом кахексии, составили первую группу — I ($n = 11$), а с ограничительным пищевым поведением без этапа кахексии и с последующим булимическим эпизодом вторую группу — II ($n = 9$).

Результаты и обсуждение. Из анамнеза выявлено, что средний возраст менархе у исследуемых жительниц Донецкого региона был $12,4 \pm 0,2$ года. Клинические проявления нарушения пищевого поведения, как НА в группе исследуемых (группа А) регистрировались от менархе на первом году в среднем у 10,0 % ($n = 2$), на втором году в среднем у 20,2 % ($n = 4$), на третьем году в среднем у 24,8 % ($n = 5$), на четвертом году в среднем у 35,0 % ($n = 7$), на пятом году у 10,0 % ($n = 2$). Пик приходился на возраст 16,3 лет ($\pm 0,2$), ($p > 0,05$).

Продолжительность нарушений менструальной функции (НМФ) в течение 12 месяцев отмечалось у 45,0 % ($n = 9$), 16 месяцев у 15,0 % ($n = 3$), 24 месяцев у 10,0 % ($n = 2$), 36 месяцев 30,0 % ($n = 6$) пациенток ($p_{I-II} > 0,05$). Гормональный фон, на момент НМЦ характеризовался снижением секреции гонадотропинов, биологического индекса пубертатной зрелости (лютеинизирующий гормон / фолликулостимулирующий гормон), уровень которых соответствовал препубертатному или I фазе пубертатного периода, т.е. как состояние до менархе, что свидетельствовало об инфантильном типе центральной регуляции и регрессии нейроэндокринных механизмов регуляции репродуктивной функции. Так же регистрировалось снижение половых стероидов. Отмечалась активация надпочечниковой системы, в виде высоких значений кортизола и повышения секреции андрогенов (тестостерона) до верхних границ нормы ($p_{I-II} > 0,05$) [6]. Гормональные изменения находили отражение в результатах эхографии внутренних гениталий пациенток: достоверное уменьшение всех линейных параметров матки ($p < 0,05$).

Весь комплекс отличий в морфологии, физиологии, психологии, социальных ролях мужчин и женщин объединяется понятием психосексуального диморфизма. При этом задача обеспечения процесса воспроизводства вида предопределяет необходимость диаметральных различий. Этот принцип встречной ориентации «мужского и женского начал» обозначается как принцип комплементарности, или дополнительности. Благодаря этому женская сексуальность, являясь фактором, модифицирующим сексуальные проявления мужчины, в то же время во многом определяется спецификой мужской активности [1, 6]. Так в динамике становления полового созревания у девушек-подростков и молодых женщин первой группы (I) отмечалась тенденция к «застреванию» в эротической фазе, и лишь в 15,0 % случаев наступило пробуждение сексуального компонента либидо. В данной группе у исследуемых приоритетное направление жизнедеятельности — достижения в образовании, карьерный рост, личностное развитие. Половой дебют, в среднем в возрасте 23 ($\pm 0,6$)

года, ($p_{I-II} < 0,05$); факт половой жизни отмечен у 54 % исследуемых этой группы. Постоянных отношений не имеют, так как большинство из них утверждают, что не нуждаются в близких отношениях или не складываются межличностные отношения. Возможно, отсутствие сексуального желания может быть бессознательным выражением проблем в отношениях или внутриличностного напряжения. Еще одна частая причина в данной группе — это субдепрессивный или депрессивный фон настроения. В гинекологическом анамнезе беременностей и родов не было. Рождение детей пока не считают актуальным на данный момент своей жизни.

У обследованных второй группы (II) уже на этапе редукции НА, при нормализации психического и соматического состояния, и, прежде всего, возобновления менструальной функции, но еще не окончательного восстановления цикла, проявлялась повышенная активность в поиске полового партнера. Находясь на эротическом этапе сексуального становления (эротическое либидо характеризуется чувственным компонентом и тактильными прикосновениями) проявляли большую активность в поиске партнера-друга, но легко «перескакивали» на следующий этап — сексуальный. Эротический этап сексуального становления был крайне коротким от нескольких дней до нескольких недель (в норме в среднем 6–9 месяцев). Из анамнеза известно, что у такого контингента девушек было повышенное влечение к противоположному полу (как будто «проснулись», «созрели», «растормозили»), нередко в сочетании с депрессивным сдвигом настроения, тревогой и страхом. Возможно, это связано с возрастной незрелостью более высокоорганизованных социально-психологических компонентов личности. При этом приоритет в предпочтении партнера отдавался более старшему мужчине, который нес образ отца, защитника; мужчине, который должен был нести ответственность, в том числе, и за возможные последствия полового контакта, на которые он был провоцирован. Половые контакты в 30 % были незащищенными. Взаимоотношения с половым партнером были неустойчивые, длительность непродолжительной, после чего у 21 % пациенток завязывались новые отношения. К 19 годам 53,5 % исследуемых данной группы успевали сменить от трех до шести партнеров.

Половой дебют у 52 % пациенток отмечался в возрасте в среднем в 17 ($\pm 0,9$) лет, что раньше чем в первой группе в 1,4 раза, ($p_{I-II} < 0,05$). Только двое из группы на момент исследования имели зарегистрированные отношения, у одной из них дочь — 2-х лет, которую родила в 24 года от

второй желанной, но патологической беременности, протекавшей с угрозой прерывания (первая замершая в сроке 6 месяцев в 21 год). Еще у одной обследованной данной группы, есть дочь, рожденная вне брака в возрасте 19 лет, беременность была непланируемая. Остальные не имели постоянных отношений. Все планировали рождение детей в ближайшем будущем.

Выводы и практические рекомендации.

Таким образом, пищевые нарушения, как НА, с НМЦ в юном возрасте в анамнезе находят свое отражение во взрослой жизни. В зависимости от вида клинических проявлений (этапов) пищевого поведения отмечались особенности нарушения полового поведения. Группа девушек-подростков и молодых женщин, в анамнезе которых было ограничительное пищевое поведение до этапа кахексии (I группа), характеризовалась «застреванием» на эротическом уровне полового становления; более поздним половым дебютом по сравнению с результатами второй группы в 1,4 раза ($23 \pm 0,6$ года, ($p_{1-11} < 0,05$)). У 15,0 % обследованных пробуждение сексуального компонента либидо не наступило вообще; потребность необходимости дистанции в отношениях представляла собой ригидную характеристику личности, а выраженные изменения настроения влияли на сексуальное поведение, установки на семью слабые.

В группе девушек-подростков и молодых женщин в анамнезе с ограничительным пищевым поведением без этапа кахексии и с последующим булимическим эпизодом (II) фиксировался ранний сексуальный дебют ($17 \pm 0,9$ лет, ($p_{1-11} < 0,05$)) с «идеализированным» партнером на стадии влюбленности. Ведущую роль в формировании полового поведения сыграло не сексуальное влечение, а эротическое, тесно связанное с оценкой личностных качеств партнера (терпимость к внебрачным половым отношениям, промискуитет). Более благоприятные прогнозы в плане установки на полную семью и претворения в жизнь репродуктивной программы.

Подтверждено, что, несмотря на регресс клинических проявлений нарушений пищевого поведения и возобновление менструального цикла у всех обследованных длительное время отмечалось колебание настроения. Это, возможно, препятствовало налаживанию коммуникативной функции, необходимой для реализации репродуктивной и гедонической.

Выявленные данные особенностей полового поведения диктуют необходимость своевременного мультидисциплинарного подхода к профилактике, коррекции и длительности наблюдения в группе риска подобных пациенток для сохранения репродуктивного здоровья.

I.V. Babenko-Sorokopud, E.B. Yakovleva, A.A. Zheleznaja, V.V. Vustenko, E.V. Zoloto, L.V. Zheltonozhenko

FEATURES OF SEXUAL BEHAVIOR OF ADOLESCENT GIRLS AND YOUNG WOMEN WITH MENSTRUAL DISORDERS AND ANOREXIA NERVOSA IN HISTORY

Summary. *To analyze features of sexual behavior of adolescent girls and young women with menstrual irregularities and anorexia nervosa different stages in history. The study included 20 adolescents and young women (group A) with a median age of 16.9 (16–24) years, who had menstrual disorders and anorexia nervosa in history. The study included 2 groups who had different clinical manifestation of eating behavior in history. The 1st (n = 9) group included 11 adolescents and young women with restrained eating leading to cachexia, the 2nd group — (n = 9) adolescents and young women with restrained eating not leading to cachexia and bulimia in history. We have analyzed gynecological history data were analyzed, laboratory and diagnostic research methods (hormonal blood analysis, ultrasound examination of internal genitalia in dynamics), the results of medical and psychological tests, history of sexual development. We have found some peculiarities of sexual behavior that dictated the need for a multidisciplinary approach in the prevention, correction and the duration of observation at risk of such patients to preserve reproductive health. The first group (n = 11) of adolescent girls and young women with a history of eating disorders including the stage of cachexia, was characterized by arrest at the erotic level of sexual formation and the need for distancing in relationships with the opposite sex; late sexual debut in comparison with the results of the second group 1.4 fold ($23 \pm 0,6$ years, ($p_{1-11} < 0,05$)), fluctuation of mood, weak affirmation for a full family. The second group (n = 9) included adolescent girls and young women with history of restrictive food behavior without stage of cachexia and the subsequent bulimia episode (II) who experienced early sexual debut ($17 \pm 0,9$, ($p_{1-11} < 0,05$)), promiscuity, fluctuation of mood, a favorable affirmation for a family and implementation of a reproductive program. Identified features of sexual behavior necessitate timely multidisciplinary approach in prevention, compensation and duration of observation in a risk group of such patients.*

Key words: *adolescent girls, young women, anorexia nervosa, bulimia, menstrual disorders, sexual behavior*

ЛИТЕРАТУРА

1. Чайка В.К. Нервная анорексия : учеб.-метод. пособие / В.К. Чайка, Л.А. Матыцина, И.В. Бабенко-Сорокопуд. – Донецк, 2004. – 28 с.
2. Яковлева Э.Б. Особенности репродуктивной функции у молодых женщин с пубертатным истощением в анамнезе // Э.Б. Яковлева, А.Ю. Мельников // 36. наук. праць Асоц. акушерів-гінекологів України. – К.: 2001. – С. 702-704
3. Маркин Л.Б. Аменорея на фоне потери массы тела : патогенез, клиника, диагностика, лечение, отдаленные последствия / Л.Б. Маркин, Э.Б. Яковлева. – Л.: Стрім, 2005. – 240 с.
4. Андреева В.О. Состояние репродуктивной системы у девочек-подростков с вторичной аменореей и олигоменореей / В.О. Андреева, А.В. Московкина, В.И. Орлов // Материалы 8-го Всерос. науч. форума «Мать и дитя». – М., 2006. – С. 460
5. Основы компьютерной биостатистики: анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом МедВШ / Ю.Е. Лях, В.Г. Гурьянов, В.Н. Хоменко, О.А. Панченко – Донецк, 2006. – 214 с.
6. Бабенко-Сорокопуд И.В. Нарушения менструального цикла у девочек-подростков на фоне нервной анорексии / И.В. Бабенко-Сорокопуд // Мед. аспекты здоровья женщины. – 2010. – № 12. – С. 21-23