

УДК: 611.3

НАРУШЕНИЕ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ВТОРИЧНОЙ АМЕНОРЕЕЙ

М.Ю. БОРИСЕНКО*, У.С. ПЕТЕЦКАЯ**, Е.В. УВАРОВА*, В.А. АГАРКОВ***, С.А. БРОНФМАН****,
Т.Ф. ШЕРИНА****

*ФГБУ Научный центр АГиП им. В.И. Кулакова, ул. Академика Опарина, 4, Москва, 117997, Россия

**ФКУ ЦЭПП МЧС России, Угловой переулок д. 27 стр. 2, Москва, 127055, Россия

***ИП РАН, ул. Ярославская д.13, к.1. Москва, 129366, Россия

****Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, ул. Большая Пироговская, д.2, стр.4, Москва, 119991, Россия

Аннотация. В данной работе отражены предварительные результаты исследования девочек-подростков с вторичной аменореей. Обнаружены различия в данных клинико – инструментальных, лабораторных и психологических исследований пациенток, имевших в анамнезе эпизоды ограничительного пищевого поведения (косметических диет) со снижением массы тела, и пациенток без эпизодов нарушений пищевого поведения. Так, в группе девочек, соблюдавших в прошлом косметические диеты (группа 1), наблюдается достоверно более низкий уровень эстрадиола в сравнении с девочками, не имевшими таких эпизодов в анамнезе; кроме того, у девочек из первой группы отмечается достоверно более низкий уровень лютеинизирующего гормона, его изолированное снижение, что может свидетельствовать о более глубоком нарушении в регуляции менструального цикла, предположительно связанном с психоэмоциональным состоянием девочек исследуемой группы. По данным психологического исследования, показатель ситуативной и личностной тревожности одинаково высок в обеих группах пациенток; также не выявлено достоверных различий в данных, полученных при помощи методики многофакторного исследования личности. Однако оценка данных частоты встречаемости мужских и женских паттернов (с применением углового критерия Фишера) в рассказах по картинкам ТАТ у пациенток первой и второй групп показала статистически значимые отличия в частоте мужских паттернов у пациенток из первой группы в сравнении со второй, что может свидетельствовать о нарушениях гендерной идентичности у пациенток с атипичными нарушениями пищевого поведения в анамнезе.

Ключевые слова: гендерная идентичность, вторичная аменорея, нормогонадотропная аменорея, изолированное снижение уровня ЛГ, другое специфическое расстройство пищевого поведения, атипичные расстройства пищевого поведения, DSM-Y, косметическая диета, подростковый возраст.

VIOLATION OF GENDER IDENTITY ADOLESCENT GIRLS WITH SECONDARY AMENORRHEA

M.YU. BORISENKO*, U.S. PETETSKAYA**, E.V. UVAROVA*, V.A. AGARKOV***, S.A. BRONFMAN****,
T.F. SHERINA****

* FGBU Research Center, Agip them., Kulakov Str. Academician Oparin, 4, Moscow, 117997, Russia

** FGI CEPH EMERCOM Russia, Corner Lane d. 27, p. 2, Moscow, 127055, Russia

*** IP RAS, ul. Yaroslavl 13, k.1. Moscow, 129366, Russia

**** First MG MU them. Sechenov I.M., ul. Big Pirogov, 2, p.4, Moscow, 119991, Russia

Abstract. This work reflects the preliminary results of a study of adolescent girls with secondary amenorrhea. Differences in the clinical data - instrumental, laboratory and psychological studies of patients with a history of episodes of restrictive eating behaviors (cosmetic diets) with a decrease in body weight, and patients with no episodes of eating disorders. Thus, in the group of girls, respected in the past, cosmetic diet (group 1), there is a significantly lower level of estradiol compared with girls who did not have such a history of episodes; In addition, the girls from the first group had significantly lower levels of luteinizing hormone, its isolated reduction, which may indicate a more profound disturbance in regulating the menstrual cycle, presumably related to the psycho-emotional state of the girls' study group. According to psychological studies, the rate of situational and personal anxiety is equally high in both groups of patients; also no significant differences in the data obtained with multivariate techniques study individual. However, evaluation of the data frequency of male and female patterns (with prima neniem angular criterion Fisher) in on pictures TAT stories of patients first and second groups showed statistically significant differences in the incidence of male pattern in patients from the first group as compared with the second, which may indicate Abuse gender identity in patients with atypical eating disorders in history.

Key words: gender identity, secondary amenorrhea, amenorrhea normogonadotropic isolated reduction of LH, more specific eating disorder, atypical eating disorders, DSM-Y, cosmetic diet adolescence.

Введение. Гипоменструальный синдром встречаются не менее чем у 23-25% девочек-подростков 15-18 лет, причем вторичная аменорея составляет не менее 3/4 из них [12, 15, 24].

Диагноз вторичной аменореи устанавливается при отсутствии менструации в течение 6 месяцев у девушек с регулярным менструальным циклом в анамнезе.

Этиология данного состояния достаточно разнообразна. Вторичная аменорея может быть вызвана органическими поражениями гипофизарно-гипоталамической области (микроаденома гипофиза, нейроинфекция гипофиза и др), яичниковыми причинами – *синдром поликистозных яичников* (СПКЯ), *синдром резистентных яичников* (СРЯ), стёртые формы дисгенезии гонад, а также патологией матки и эндометрия (синдром Ашермана), однако анализ данных клинических исследований показывает, что главной причиной вторичной аменореи являются функциональные гипоталамические расстройства [11, 19, 25], частота которых составляет не менее 65%, значительно опережая по частоте вышеперечисленные причины этой патологии. Более того, по мере развития цивилизации отмечается отчетливая тенденция к росту заболеваемости вторичной аменореей среди подростков и молодых женщин [1, 11, 29, 32, 34]. Причиной роста числа случаев нарушений репродуктивной функции является высокая чувствительность женской репродуктивной системы к воздействию неблагоприятных внешних факторов любого происхождения и различной интенсивности [1, 3, 6, 9, 27, 20].

Являясь одной из важнейших проблем репродуктивного здоровья, вторичная аменорея косвенно свидетельствует о существовании проблемы *общего неблагополучия* в организме девочки с таким диагнозом, и поэтому лечение подростков с этим заболеванием должно быть направлено прежде всего на устранение психонейроэндокринной дезадаптации.

Основным патогенетическим звеном формирования вторичной аменореи в большинстве случаев является расстройство импульсной секреции *гонадотропин-рилизинг гормона* (ГнРГ) гипоталамусом, которое проявляется, в первую очередь, снижением частоты и/или амплитуды импульсов *лютеинизирующего гормона* (ЛГ) гипофиза. Нарушение функционального состояния *гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси* (ГГЯ) при вторичной аменорее проявляется также в повреждении прямых и обратных связей между звеньями репродуктивной системы [17, 20, 26, 31, 33].

Наиболее вероятным механизмом этого нарушения считается возможное ингибирующее воздействие на гонадолибериновые клетки избытка таких нейромедиаторов как дофамин и эндорфины при недостатке серотонина и норадреналина [17, 20, 26], обычно наблюдающееся при депрессивных и тревожных расстройствах. С этой гипотезой согласуются клинические наблюдения, указывающие на стресс и дезадаптацию, сопровождающуюся депрессивной и/или тревожной симптоматикой, как наиболее частую причину развития этой патологии. Такая дезадаптация может быть вызвана действием таких факторов как стресс, последствия психической травмы, сложности при прохождении критических фаз психосексуального развития и социализации [8, 17, 18, 21]. Наряду с вышеперечисленными факторами отмечают значимость нарушений гендерной идентичности в этиологии вторичной аменореи у девочек-подростков [7, 8, 33].

Другая частая причина развития вторичной аменореи у девушек 15-18 лет – снижение массы тела, связанное с соблюдением различных диет, целью которых является желание соответствовать «стандартам красоты». Патолофизиологический механизм формирования аменореи при снижении массы тела неизвестен, однако клинические исследования показали, что возможной причиной нарушения импульсной секреции ГнРГ при недостатке массы тела является снижение уровня лептина, повышение уровней грелина и адипонектина, изменение концентрации которых оказывают угнетающее влияние на активность нейронов гипоталамуса, синтезирующих ГнРГ, при этой патологии [4, 9, 34]. Внешним проявлением указанных выше факторов, таких как сложности в прохождении фаз психосексуального развития и нарушение гендерной идентичности, может стать соблюдение *косметической диеты* (КД) подростками и молодыми женщинами, не страдающими от избыточного веса. Соблюдение диеты и несбалансированное питание у этих девушек связано с недовольством собственным телом, что может быть обусловлено депрессивной и тревожной симптоматикой, чувством стыда из-за несоответствия тела «стандартам красоты», бессознательным стремлением избежать взросления, инициации в женственность, которая сопровождается изменением параметров тела [5, 8, 33].

Учитывая известную роль моноаминов и нейрпептидов в модуляции настроения и поведения, равно как и в модуляции гипоталамических функций, а также доказанность связи психической депрессии со снижением активности катехоламинов и серотонина в ЦНС, можно предположить, что звеном, связывающим психические и нейроэндокринные изменения, является дисбаланс этих моноаминов в ЦНС [14, 22, 20].

Многими исследователями отмечена активация системы *гипоталамус-гипофиз-надпочечники* (ГГН) у больных с вторичной аменореей, которая проявляется как в повышении уровня кортизола, так и в сглаживании суточного ритма секреции *адренокортикотропного гормона* (АКТГ) [11, 25]. Подобные изменения гормонального статуса отмечены и при депрессиях различной степени тяжести [6, 14, 18]. Известно также, что в норме эмоциональный стресс и депрессия сопровождаются активацией гипофи-

зарно-адреналовой системы и сглаживанием суточного ритма секреции кортизола; у больных с вторичной аменореей были обнаружены такие нарушения как, например, необычный характер гиперсекреции кортизола с резким увеличением амплитуды секреторных эпизодов только в дневные часы. Эти данные, указывающие на неадекватную активацию системы *кортикотропин-рилизинг гормон* (КРГ) – АКТГ-кортизол, согласуются с представлением о том, что больные с вторичной аменореей находятся в состоянии стресса и/или депрессии [6, 7, 20].

Материалы и методы исследования. Было обследовано 26 девочек в возрасте от 15 до 17 лет, обратившихся в НЦАГиП им. В.И. Кулакова с жалобами на отсутствие менструации более 6 месяцев. Критериями включения в основную группу явились: возраст пациенток от 15 до 17 лет, отсутствие менструации более 6 месяцев у ранее менструирующей девушки, нормальный уровень гормонов гипофиза (ЛГ, ФСГ, ТТГ, АКТГ, пролактин) в плазме, *индекс массы тела* (ИМТ) не менее 17 и не более 25, отсутствие других тяжелых соматических или психических заболеваний и эндокринных нарушений, а также отсутствие гормонального лечения и приема контрацептивных препаратов в течение не менее 3 месяцев на момент исследования, информированное согласие на участие в исследовании (+согласие родителя).

У всех пациенток собирался подробный анамнез для выявления возможных причин развития аменореи, отмечались особенности пищевого поведения, наличие диет в прошлом или в настоящее время, а также перенесенный стресс и/или депрессия. Проводилось физикальное обследование, расчет ИМТ, оценка полового развития (возраст менархе, характеристика ритма менструаций, гинекологический осмотр). В обследование также входила консультация врача – психотерапевта и психологическое обследование.

Всем девочкам проводилось рутинное гормональное и биохимическое обследование крови. Определялись уровни ЛГ, ФСГ, *эстрадиола* (Э), *пролактина* (ПРЛ), кортизола, *тестостерона* (Т), андростендиона, *дегидроэпиандростерон-сульфата* (ДГЭА-С), 17-оксипрогестерона, АМГ, *тиреотропного гормона* (ТТГ), Т4 св, АТ к ТПО в сыворотке крови. Исследование биохимических показателей крови проведено для оценки метаболических процессов в организме, функции печени, почек, поджелудочной железы, выявления недостаточности микроэлементов.

В психологическое обследование были включены:

- *Тематический Апперцептивный Тест* (ТАТ, карты 1, 2, 5, 6GF, 7GF, 9GF, 13MF, 18GF) [16];
- *Шкала оценки влияния травматического события* (ШОВТС) [23];
- *Методика многофакторного изучения личности* «ММИЛ» [2];
- Шкала измерения уровня личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина.

Для оценки глубинной половой идентичности использовался метод контент-анализа [28, 30], позволяющий увидеть особенности архетипического паттерна мужской/женской половой идентичности в рассказах по картам ТАТ.

Статистическая обработка результатов исследования. Полученные данные клинических и лабораторных исследований обработаны с использованием лицензионных программ *Microsoft Excel*, программы *Statistica 10*. Для оценки достоверности различий использовали критерий χ^2 . Значения считались достоверными при $p < 0,05$, высоко достоверными $p < 0,001$, не достоверными $p > 0,05$. Для сравнения количественных показателей между группами использовали *однофакторный дисперсионный анализ* (ОДА). Достоверно различающиеся данные принимали, если $F_{расч.} > F_{критич.}$, то $p < 0,05$.

Для выявления достоверности различий психологических показателей у пациенток использовался *U-критерий* Манна-Уитни, для анализа частоты встречаемости мужских и женских паттернов в рассказах ТАТ применялся угловой критерий Фишера.

Результаты и их обсуждение. Из 32 пациенток, включенных в исследование с жалобой на отсутствие менструации, только 26 пациенток с диагнозом вторичная аменорея были включены в исследование. По результатам проведенного гормонального и ультразвукового обследования из исследования были исключены девочки с СПКЯ, а также с гипер- и гипогонадотропной вторичной аменореей (стертая форма дисгенезии гонад; *гипогонадотропный гипогонадизм* (ГГ), за исключением случаев изолированного снижения уровня ЛГ. В соответствии с наличием в анамнезе потери массы тела все пациентки были разделены на 2 группы. В 1 группу вошло 14 девочек со снижением веса в анамнезе на фоне косметической диеты, во 2 группу – 12 пациенток с отсутствием колебаний веса.

Одним из критериев включения в исследование был нормальный ИМТ, которому соответствовали девушки обеих групп, несмотря на значительную величину потери массы тела у девочек из первой группы в анамнезе ($13,07 \pm 6,08$ кг) (табл.1).

Клинико-anamnestические особенности пациенток

Показатель	1-я группа (n=14)	2-я группа (n=12)
Возраст, годы	16,3±0,73	15,5±1,00*
Возраст менархе	12,7± 1,38	12,4± 0,89
Длительность аменореи (мес)	13,6±5,7	12,3± 7,6
ИМТ, кг/м ²	19,1±1,76	19,7±1,46

Примечание: *p* – достоверность различий показателей групп, где * – $p \leq 0,05$.

Все пациентки имели своевременное менархе, однако 6 (42,8%) пациенток в первой и 5 (41,7%) во второй группах указали на наличие нерегулярных менструаций с менархе (рис.).

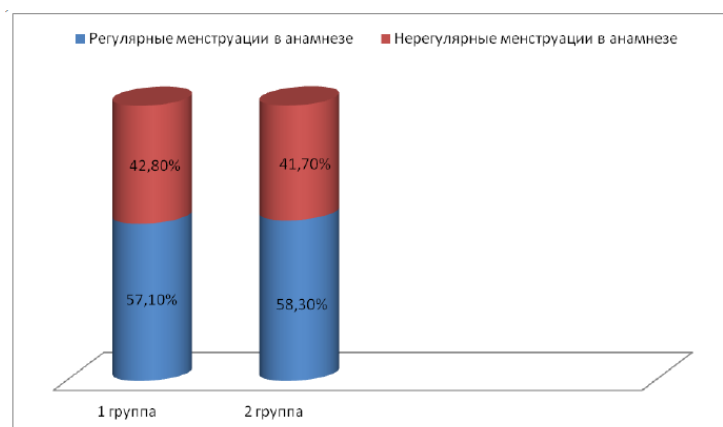


Рис. Особенности становления ритма менструаций у обследованных девочек

Среди девочек первой группы из экстрагенитальной патологии первое место (57,1%) приходится на заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастроэнтерит, хронический колит, хронические запоры), а также половина (50%) девочек страдает хроническими заболеваниями ЛОР-органов (хронический тонзиллит, ангина в анамнезе). У большой доли девочек во второй группе (75%) также отмечаются частые обострения хронического тонзиллита и ангина. Треть пациенток (33,3%) акцентирует внимание на частых головных болях и головокружении.

Содержание гормонов в сыворотке крови у девочек с аменореей

Параметр	Пациентки с вторичной аменореей	
	На фоне потери массы тела (группа 1)	Постоянная масса тела (группа 2)
	1	2
ЛГ, МЕ/ л	2,2±0,8	4,06±3,6*
ФСГ, МЕ/ л	5,74±2,82	4,62±1,99
Е ₂ , пмоль/ л	94,9±41,6	138,7±50*
ПРЛ, мМЕ/ л	164,3±79,2	237,6±158,8
Кортизол	528,5±145,4	428,6±99,9
Тестостерон	0,75±0,17	1,1±0,61
Андростендион	9,06±4,96	10,58±6,01
17-ОП	3,07±1,18	4,2±2,6
Т ₄ св.	12,04±1,45	13,9±2,02
ТТГ	1,64±0,86	1,69± 1,18
АТ к ТПО	42,2± 51,6	28,5± 44,6

Примечание: *p* – достоверность различий показателей групп, где * – $p \leq 0,05$, ** – $p \leq 0,001$

При оценке гормонального статуса была выявлено достоверно более низкое содержание эстрадиола в плазме ($p < 0,025$) у пациенток 1 группы, а также достоверно более низкий уровень ЛГ в сравнении с девочками из второй группы. Кроме этого, девочек 1 группы отличала гиперкортизолемиа, что свидетельствует об активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, а также снижение уровней пролактина и тестостерона относительно нормативных значений однако достоверных различий ($p < 0,05$) между двумя группами по этим показателям отмечено не было (табл. 2).

Средние значения биохимических показателей в обеих группах пациенток не различались и соответствовали нормативным значениям.

При ультразвуковом исследовании также не было выявлено достоверных различий между группами.

Результаты сравнительного анализа различий в выраженность личностных черт, полученных при помощи ММИЛ в группах девушек из первой и второй групп, свидетельствуют об отсутствии достоверных различий между группами.

Сравнение данных, полученных по ШОВТС также показывает, что достоверных отличий в выраженности симптомов посттравматического стрессового расстройства нет. Важно отметить, что показатели выраженности симптомов *посттравматического стрессового расстройства* не превышает показателей для группы нормы, которые получены в других исследованиях [23]. Это позволяет сделать вывод о том, что психическая травма не являлась фактором возникновения вторичной аменореи у обследуемых девочек.

Данные шкалы Спилбергера-Ханина показывают, что нет достоверного различия в уровнях ситуативной и личностной тревожности у девочек из групп 1 и 2. Однако необходимо отметить достаточно высокий уровень тревожности у всех обследуемых девушек: в группе 1 выше среднего, а в группе 2 – высокий. Этот результат отражает отмеченную выше повышенную тревожность девушек с вторичной аменореей. Следует указать и на факт повышенного уровня тревожности как характеристику обследуемой возрастной группы, связанный с процессами психосексуального и эмоционального развития [10, 13].

Статистический анализ также не выявил различий между группами по суммарному показателю гендерной идентичности. Однако результат анализа частоты встречаемости мужских и женских паттернов в рассказах ТАТ с применением углового критерия Фишера показал следующее.

Для рассказов карты 2 были обнаружены статистически значимые отличия для мужских паттернов: мужской паттерн значимо чаще встречается в группе 1 ($\varphi = 3,02$; $p < 0,01$). В рассказах на карту 2 обычно звучат темы конфликта с семейным окружением в контексте достижения автономии, давления со стороны родителей. В рассказах карты 5 женские паттерны встречаются чаще в группе 2, чем в группе 1 на уровне тенденции ($\varphi = 2,04$; $0,01 < p < 0,05$). Мужские паттерны в рассказах по этой карте чаще встречаются в группе 1, чем в группе 2 на уровне тенденции ($\varphi = 1,80$; $0,05 < p < 0,01$) и реже – мужские. В рассказах на карту 5 обычно звучат темы, связанные с материнской фигурой, личной интимностью, безопасностью, защищенностью личной жизни от чужих глаз.

Заключение. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что у подростков с вторичной аменореей, имевших эпизоды соблюдения косметических диет в анамнезе, есть тенденция к преобладанию мужских паттернов в рассказах на некоторые карты ТАТ, т.е. у них преобладают мужские аспекты гендерной идентичности, более соответствующие противоположному полу, с которыми связаны такие черты как перфекционизм, стеничность, лидерские качества, преобладание желания быть выделенной из многих; кроме того, можно предположить наличие выраженных нарциссических и кастрационных тревог. Девочкам из первой группы также свойственно стремление к идеалу атлетического тела со значительной мышечной массой, к силе, спортивности, обладанию сильной волей, которые отражаются в их поведении, в том числе связанном с питанием, выражающем в том числе отношение к формированию нового (женственного) телесного облика.

Литература

1. Айламазян Э.К., Потин В.В., Тарасова М.А. Гинекология от пубертата до постменопаузы: Практическое руководство. М.: МедПресс-Информ, 2004. 448с.
2. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности: Структура, основы интерпретации, некоторые области применения. Москва : Издательство «Березин Феликс Борисович», 2011. 320 с.
3. Борисенко М.Ю., Уварова Е.В. Батырова З.К. Клинико – патологические особенности вторичной аменореи у девочек-подростков при нормогонадотропинемии (аналитический обзор) // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2014. №3. С. 23–36.
4. Борисенко М.Ю., Уварова Е.В. Клинико-лабораторные и психологические особенности девочек – подростков с различными формами вторичной аменореи // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2015. №6. С. 14–24.

5. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Краткий учебник / Пер. с нем. Обухова Г.А., Бруенка А.В. М.: Гэотар Медицина, 1999. 376 с.
6. Бронфман С.А. Разработка индивидуально-ориентированной схемы восстановительного лечения женщин с вторичной нормогонадотропной аменореей: дис. кан.мед.наук. М., 2011. 162 с.
7. Бронфман С.А., Кудалева Л.М. Вторичная нормогонадотропная аменорея: Этиопатогенетические аспекты негормонального восстановительного лечения // Вестник новых медицинских технологий. 2010. Т. 17, № 4 С. 133.
8. Бронфман С.А., Агарков В.А., Кудалева Л.М., Уварова Е.В., Самохвалова К.В. Ларвированная депрессия и атипичные расстройства пищевого поведения у девочек – подростков с вторичной нормогонадотропной функциональной аменореей // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2012. №5. С. 77–86.
9. Гарднер Д., Шобек Д. Базисная и клиническая эндокринология. Книга 1 / пер. с англ. под ред. Мельниченко Г.А. М.: Издательство БИНОМ, 2010. 464 с.
10. Дружинин В.Н. Экспериментальная психология: Учебное пособие. М.: ИНФРА-М, 1997.
11. Зеленина Н.В., Бескровный С.В., Карпищенко Ж.М., Ильин А.Б. Нейроэндокринные изменения и их роль в патогенезе функциональной гипоталамической аменореи // Российский вестник акушера-гинеколога. 2009. Т.9, №3. С.9–15
12. Калашникова И.В., Орлова В.С., Курганская Г.М. Нарушение менструальной функции в популяции девочек – подростков Белгородской области // Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация. 2010. №4, вып. 9. С. 18–26.
13. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М.: Мед-Пресс. 2001. 532 с.
14. Кочетков Я.А. Депрессия и гипоталамо – гипофизарно – надпочечниковая система: новые стратегии изучения // Современные проблемы психиатрической эндокринологии. 2004. С. 160–175.
15. Левенец С.А., Начетова Т.А. Особенности гонадотропной функции гипофиза у больных при вторичной аменорее в период пубертата // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2014. №5. С. 87–93.
16. Леонтьев Д. Тематический апперцептивный тест. М.: Смысл, 2004.
17. Ли Кеннеди, Ансу Басу. Диагностика и лечение в эндокринологии. Проблемный подход / пер. с англ. под ред. Фадеева В.В. М.: Гэотар-Медиа, 2010. 304 с.
18. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства: коморбидность и терапия. М.: Артинфо Паблишинг, 2007.
19. Репродуктивная эндокринология. В 2 томах. Том 1 / Пер. с англ. под ред. Йена С.С.К., Джаффе Р.Б. М.: Медицина, 1998. 704 с.
20. Репродуктивная эндокринология. В 2 томах. Том 2 / Пер.с англ. под ред. Йена С.С.К., Джаффе Р.Б. М.: Медицина, 1998. 432 с.
21. Самохвалова К.В., Уварова Е.В., Белоконь И.П. Вторичная нормогонадотропная аменорея у девочек – подростков // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2007. №2. С. 30–47.
22. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. М.: МИА, 2007. 256 с.
23. Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Калмыкова Е.С., Макачук А.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / под ред. Тарабриной Н.В. СПб.: «Питер», 2001. 268 с.
24. Уварова Е.В. Репродуктивное здоровье девочек России в начале 21 века // Акушерство и гинекология. 2006. №1. С. 27–30.
25. Berga S.L., Loucks T.L. The diagnosis and treatment of stress-induced anovulation // Minerva Gynecol. 2005. Vol. 57. P. 45–54.
26. Berga S.L., Yen S.S.C. Reproductive failure due to central nervous system-hypothalamic-pituitary dysfunction. Yen and Jaffe's reproductive endocrinology: physiology, pathophysiology, and clinical management. Philadelphia: Elsevier Saunders. 2004. P. 564–569.
27. Sensitivity to stress-induced reproductive dysfunction linked to activity of the serotonin system / Bethea C.L., Pau F.K.Y., Fox S., [et al.] // Fertility and Sterility. 2005. №83. P. 148–155.
28. Cramer Ph. Protecting the self: Defense Mechanisms in Action. N.Y.: Guilford Press, 2006.
29. de Boo H.A., Harding J.E. The developmental origins of adult disease (Barker) hypothesis // Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology. 2006. №46. P. 4–14.
30. May R. A method for studying the development of gender identity. Developmental Psychology, 1971.
31. Meczekalski B., Podfigurna-Stopa ., Warenik-Szymankiewicz A., Genazzani A.R. Functional hypothalamic amenorrhea: current view on neuroendocrine aberrations // Gynec Endocr. 2008. №1. P. 4–11.
32. Rosen M.P., Cedars M.I. Female reproductive endocrinology and infertility // Greenspan, S Basic & Clinical Endocrinology, 8th edition, edited by Gardner DG and Shoback D., McGraw – Hill Companies. 2007. P. 502–561.
33. Von Uexkuell Th. Psychosomatic medicine. Muenchen, Wien, Baltimore: Urban and Schwarzenberg, 1997.
34. Warren M.P., Hagey A.R. The genetics, diagnosis and treatment of amenorrhea // Minerva Gynecol. 2004. Vol. 56. P. 437–455.

References

1. Aylamazyan EK, Potin VV, Tarasova MA. Ginekologiya ot pubertata do postmenopauzy: Prakticheskoe rukovodstvo [Gynecology from puberty to menopause: A Practical Guide]. Moscow: MedPress-Inform; 2004. Russian.
2. Berezin FB, Miroshnikov MP, Sokolova ED. Metodika mnogostoronnego issledovaniya lichnosti: Struktura, osnovy interpretatsii, nekotorye oblasti primeneniya [Methods multilateral study of personality: the structure, framework of interpretation, some areas of application]. Moscow: Izdatel'stvo «Berezin Feliks Borisovich»; 2011. Russian.
3. Borisenko MY, Uvarova EV, Batyrova ZK. Kliniko – patologicheskie osobennosti vtorichnoy amenorei u devochek-podrostkov pri normogonadotropinonii (analiticheskiy obzor) [Clinico - pathological features of secondary amenorrhea among adolescent girls at normogonadotropinonii (analytical review)]. Reproktivnoe zdorov'e detey i podrostkov. 2014;3:23-36. Russian.
4. Borisenko MY, Uvarova EV. Kliniko-laboratornye i psikhologicheskie osobennosti devochek – podrostkov s razlichnymi formami vtorichnoy amenorei [Clinical and laboratory and psychological characteristics of girls - teenagers with different forms of secondary amenorrhea]. Reproktivnoe zdorov'e detey i podrostkov. 2015;6:14-24. Russian.
5. Broytigam V, Kristian P, Rad M. Psikhosomaticheskaya meditsina [Psychosomatic medicine]: Kratkiy uchebnyk. Per. s nem. Obukhova GA, Bruenka AV. Moscow: Geotar Meditsina; 1999. Russian.
6. Bronfman SA. Razrabotka individual'no-orientirovannoy skhemy vosstanovitel'nogo lecheniya zhenshchin s vtorichnoy normogonadotropnoy amenoreey [The development of individually-oriented scheme of regenerative treatment of women with secondary amenorrhea normogonadotropic] [dissertation]. Moscow (Moscow region); 2011. Russian.
7. Bronfman SA, Kudaeva LM. Vtorichnaya normogonadotropnaya amenoreya: Etiopatogeneticheskie aspekty negormonal'nogo vosstanovitel'nogo lecheniya [Secondary amenorrhea normogonadotropic: Etiopathogenic non-hormonal aspects of Rehabilitation]. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. 2010;17(4):133. Russian.
8. Bronfman SA, Agarkov VA, Kudaeva LM, Uvarova EV, Samokhvalova KV. Larvirovannaya depressiya i atipichnye rasstroystva pishchevogo povedeniya u devochek – podrostkov s vtorichnoy normogonadotropnoy funktsional'noy amenoreey [Larvirovannaya atypical depression and eating disorders in girls - teenagers with secondary amenorrhea functional normogonadotropic]. Reproktivnoe zdorov'e detey i podrostkov. 2012;5:77-86. Russian.
9. Gardner D, Shobek D. Bazisnaya i klinicheskaya endokrinologiya [Basic and clinical endocrinology]. Kniga 1. per. s ang. pod red. Mel'nichenko GA. Moscow: Izdatel'stvo BINOM; 2010. Russian.
10. Druzhinin VN. Eksperimental'naya psikhologiya: Uchebnoe posobie [Experimental Psychology: Textbook]. Moscow: INFRA-M; 1997. Russian.
11. Zelenina NV, Beskrovnyy SV, Karpishchenko ZM, Il'in AB. Neyroendokrinnye izmeneniya i ikh rol' v patogeneze funktsional'noy gipotalamicheskoy amenorei [Neuroendocrine changes and their role in the pathogenesis of functional hypothalamic amenorrhea]. Rossiyskiy vestnik akushera –ginekologa. 2009;9(3):9-15. Russian.
12. Kalashnikova IV, Orlova VS, Kurganskaya GM. Narushenie menstrual'noy funktsii v populyatsii devochek – podrostkov Belgorodskoy oblasti [Violation of menstrual function in a population of girls - teenagers Belgorod region]. Nauchnye vedomosti. Seriya Meditsina. Farmatsiya. 2010;4(9):18-26. Russian.
13. Mendelevich VD. Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya [Clinical and medical psychology]. Moscow: Med-Press; 2001. Russian.
14. Kochetkov YA. Depressiya i gipotalamo – gipofizarno – nadpochechnikovaya sistema: novye strategii izucheniya [Depression and the hypothalamic - pituitary - adrenal system, new strategy study]. Sovremennye problemy psikiatricheskoy endokrinologii. 2004;160-75. Russian.
15. Levenets SA, Nchetova TA. Osobennosti gonadotropnoy funktsii gipofiza u bol'nykh pri vtorichnoy amenoree v period pubertata [Features gonadotrophic pituitary function in patients with secondary amenorrhea during puberty]. Reproktivnoe zdorov'e. Vostochnaya Evropa. 2014;5:87-93. Russian.
16. Leont'ev D. Tematicheskii appertseptivnyy test [Thematic Apperception Test]. Moscow: Smysl; 2004. Russian.
17. Li Kennedi, Ansu Basu. Diagnostika i lechenie v endokrinologii [Diagnosis and treatment in endocrinology]. Problemy podkhod. per. s angl. pod red. Fadeeva VV. Moscow: Geotar-Media; 2010. Russian.
18. Mosolov SN. Trevozhnye i depressivnye rasstroystva: komorbidnost' i terapiya [Anxiety and depressive disorders: comorbidity and therapy]. Moscow: Ar-tinfo Publishing; 2007. Russian.
19. Reproktivnaya endokrinologiya [Reproductive Endocrinology]. V 2 tomakh. Tom 1. Per. s angl. pod red. Yena SSK, Dzhafe RB. Moscow: Meditsina; 1998. Russian.

20. Reproductivnaya endokrinologiya [Reproductive Endocrinology]. V 2 tomakh. Tom 2. Per.s angl. pod red. Yena SSK, Dzhaiffe RB. Moscow: Meditsina; 1998. Russian.
21. Samokhvalova KV, Uvarova EV, Belokon' IP. Vtorichnaya normogonadotropnaya amenoreya u devochek – podrostkov [Secondary amenorrhea normogonadotropic girls - teenagers]. Reproductivnoe zdorov'e detey i podrostkov. 2007;2:30-47. Russian.
22. Smulevich AB. Depressii v obshchey meditsine: Rukovodstvo dlya vrachey [Depression in general medicine: a guide for physicians]. Moscow: MIA; 2007. Russian.
23. Tarabrina NV, Agarkov VA, Kalmykova ES, Makarchuk AV. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. pod red. Tarabrinoy NV. Sankt-Peterburg: «Piter»; 2001. Russian.
24. Uvarova EV. Reproductivnoe zdorov'e devochek Rossii v nachale 21 veka [Reproductive Health Russian girls at the beginning of the 21st century]. Akusherstvo i ginekologiya. 2006;1:27-30. Russian.
25. Berga SL, Loucks TL. The diagnosis and treatment of stress-induced anovulation. Minerva Ginecol. 2005;57:45-54.
26. Berga SL, Yen SSC. Reproductive failure due to central nervous system-hypothalamic-pituitary dysfunction. Yen and Jaffe's reproductive endocrinology: physiology, pathophysiology, and clinical management. Philadelphia: Elsevier Saunders. 2004.
27. Bethea CL, Pau FKY, Fox S, et al. Sensitivity to stress-induced reproductive dysfunction linked to activity of the serotonin system. Fertility and Sterility. 2005;83:148-55.
28. Cramer Ph. Protecting the self: Defense Mechanisms in Action. N.Y.: Guilford Press; 2006.
29. de Boo HA, Harding JE. The developmental origins of adult disease (Barker) hypothesis. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gyneacology. 2006;46:4-14.
30. May R. A method for studying the development of gender identity. Developmental Psychology; 1971.
31. Meczekalski B, Podfigurna-Stopa, Warenik-Szymankiewicz A, Genazzani AR. Functional hypothalamic amenorrhea: current view on neuroendocrine aberrations. Gynec Endocr. 2008;1:4-11.
32. Rosen MP, Cedars MI. Female reproductive endocrinology and infertility. Greenspan,s Basic & Clinical Endocrinology, 8th edition, edited by Gardner DG and Shoback D., McGraw – Hill Companies. 2007.
33. Von Uexkuell Th. Psychosomatic medicine. Muenchen, Wien, Baltimore: Urban and Schwarzenberg; 1997.
34. Warren MP, Hagey AR. The genetics, diagnosis and treatment of amenorrhea. Minerva Ginecol. 2004;56:437-55.

Библиографическая ссылка:

Борисенко М.Ю., Петецкая У.С., Уварова Е.В., Агарков В.А., Бронфман С.А., Шерина Т.Ф. Нарушение гендерной идентичности у девочек-подростков с вторичной аменореей // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2016. №4. Публикация 7-9. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2016-4/7-9.pdf> (дата обращения: 26.12.2016).