

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКАТЫ МАТЕРЕЙ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ

### MEDICAL AND SOCIAL PREDICATES OF JUVENILE DELINQUENT'S MOTHERS

**D. Yakhieva-Onikhimovskaia**  
**S. Kolesnikova**  
**G. Chizhova**  
**V. Filippova**

*Summary.* Based on the analysis of the history data of mothers of juvenile offenders, selected by the method of continuous sampling in the course of a clinical observational cohort retrospective study, reliable medical and social predicates of the course of pregnancy, characteristic of women in this group, were identified: a significant difference in parity; unfavorable course of pregnancy; lack of supervision in the antenatal clinic; childbirth outside medical institutions; adherence to addictions. The pregnancy proceeded against the background of a socially disadvantaged family status, maternal malnutrition, socially significant diseases and STIs. The identified symptom complex of medical and social problems, which begins at the stage of intrauterine formation of a child, is only further aggravated by the environment and socially disadvantaged environment, forming the mentality of a child-criminal.

*Keywords:* juvenile delinquents, causes of juvenile delinquency, pediatrics, juvenile delinquency prevention, pregnancy, mother's history.

**Яхьева-Онихимовская Дарья Алиевна**  
Кандидат медицинских наук, доцент  
Институт повышения квалификации  
специалистов здравоохранения  
Хабаровск  
elven5@yandex.ru

**Колесникова Софья Михайловна**  
Кандидат медицинских наук, доцент  
Институт повышения квалификации  
специалистов здравоохранения  
Хабаровск  
sofhia\_03@mail.ru

**Чижова Галина Всеволодовна**  
Доктор медицинских наук, профессор  
Институт повышения квалификации  
специалистов здравоохранения  
Хабаровск  
rec@ipksz.khv.ru

**Филиппова Валентина Васильевна**  
Кандидат медицинских наук, доцент  
Институт повышения квалификации  
специалистов здравоохранения  
Хабаровск  
fuw@ipksz.khv.ru

*Аннотация.* На основании анализа данных анамнеза матерей несовершеннолетних правонарушителей, отобранных методом сплошной выборки в ходе клинического обсервационного когортного ретроспективного исследования, были выявлены достоверные медико-социальные предикаты течения беременности, характерные для женщин данной группы: значительная разница в паритете; неблагоприятное течение беременности; отсутствие наблюдения в женской консультации; роды вне медицинских учреждений; приверженность пагубным привычкам. Беременность протекала на фоне социально неблагоприятного статуса семьи, гипотрофии матери, социально-значимых заболеваний и ИППП. Выявленный симптомокомплекс медико-социальных проблем, начинающийся на этапе внутриутробного формирования ребенка, в дальнейшем лишь усугубляется окружением и социально неблагоприятной средой, формируя менталитет ребенка-преступника.

*Ключевые слова:* несовершеннолетние правонарушители, причины преступности несовершеннолетних, педиатрия, профилактика преступности несовершеннолетних, беременность, анамнез матери.

## Введение

**Н**е вызывает сомнений тот факт, что на здоровье детей влияют сложные и взаимодействующие факторы социальной и физической среды [21]. Обширные исследования показывают, что корни анти-социального поведения закладываются в детстве: психологическое развитие несовершеннолетних правонарушителей характеризуется повышенной агрессией и эмоциональными трудностями, что лишь усугубляется конфликтом родителей и детей, жестким воспитанием или, наоборот, полным отсутствием родительского контроля [5]. Исследования антисоциального и/или агрессивного поведения детей указывают на существование не только социальной, но и биологической подоплеки формирования девиантного поведения [22].

На сегодняшний день несколько исследований были сосредоточены на возможных психосоциальных факторах риска формирования преступного поведения среди несовершеннолетних. Мужской пол [3], более низкие интеллектуальные способности [12], раса [26], подростковый возраст [17], иммиграция и бедность [3, 24], связь со сверстниками-правонарушителями [8], жестокое обращение с детьми [13, 15], академическая успеваемость молодежи [10] и недостаточная поддержка родителей [4] выступают в роли предикторов противоправного поведения. Концентрацию преступности в семьях и передачу преступности из поколения в поколение можно объяснить факторами окружающей среды, генетическими факторами и их сочетанием [6]. Существует точка зрения, что преступность и другое антиобщественное поведение передаются по наследству, причем ~ 50% вариации объясняется генетическими факторами [16].

Несмотря на сильную перекрестную поддержку связи между психосоциально-контекстными характеристиками семей и формированием преступного фенотипа несовершеннолетних, лишь несколько лонгитюдных исследований подтвердили взаимосвязь между этими факторами риска и подтвержденными показателями асоциального поведения [3, 5, 10, 12, 13, 15, 24]. Современная криминологическая полемика касается взаимосвязи между медико-биологическим воздействием на раннем этапе жизни ребенка, в том числе и с событиями перинатального периода, и возникновением насильственных и ненасильственных форм преступности в последующем [6, 16, 22].

Неблагоприятный перинатальный фон влияет на изменение нейрональной активности областей мозга, ответственных за обработку и регулирование эмоций: воздействие хронического материнского стресса на плод является предиктором снижения нейронной

активности регуляции поведения высшего порядка, а также вызывает снижение способности подавлять активность эмоциональных реакций [11, 14, 19]. Материнский стресс связан с иммунной, эндокринной и метаболической дисфункцией, вызывая повышенный риск досрочного рождения ребенка с низкой массой тела [23, 25], приводит к нарушениям в процессах регуляции эмоций, особенно у детей и подростков, что в дальнейшем может послужить «фундаментом» для построения противоправного фенотипа поведения [11, 14, 19].

Таким образом, цель этого исследования состояла в том, чтобы изучить особенности течения беременности матерей несовершеннолетних правонарушителей и выявить медико-социальные предикаты, характерные для этой группы населения. Раннее выявление типичных особенностей протекания беременности женщин, чьи дети в дальнейшем могут проявлять криминогенное поведение, позволит начать раннюю превентивную медико-социальную политику и избежать высокого уровня заболеваемости, смертности, социальной стратификации и сегрегации детей из группы высокого риска.

## Материалы и методы

Исследование было проведено на базе Центра временного содержания несовершеннолетних правонарушителей УВМД России по Хабаровскому краю (ЦВСНП). В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» в ЦВСНП помещаются несовершеннолетние, совершившие административное правонарушение или общественно-опасное деяние до достижения возраста, с которого наступает уголовная ответственность за это деяние, а также дети, направляемые по приговору или постановлению суда в специальные учебно-воспитательные учреждения закрытого типа (СУВУЗТ). При оформлении ребенка в СУВУЗТ проводится комплекс медико-лабораторных обследований, включающий осмотр рядом узких специалистов, лабораторно-диагностический скрининг и работу с медицинской документацией (ф-112/у, ф-003/у).

Исследование выполнялось в дизайне ретроспективного когортного нерандомизированного сплошного исследования. Критерии включения в исследование: женщина (биологическая), письменное информированное добровольное медицинское согласие на проведение исследования, полные данные акушерско-гинекологического, социального, соматического анамнеза, наличие выписок из истории родов и истории развития новорожденного, мать ребенка несовершеннолетнего-правонарушителя.

Объектом исследования послужила когорта матерей, чьи дети-несовершеннолетние правонарушители в возрасте 13–17 лет находились в ЦВСНП за период с января 2015 по август 2021 гг. с полными данными перинатального анамнеза, собранным пакетом медицинских документов для отправки в СУВУЗТ, и разрешением законных представителей несовершеннолетних на получение медицинской информации.

В качестве группы сравнения методом случайной выборки были взяты женщины, чьи дети сходного возраста (43 ребенка) не попадали под внимание органов ПДН и не содержались в ЦВСНП. Нами изучалась обозначенная выше медицинская документация, собранная на базе «Родильного дома № 2» г. Хабаровска. Критерии включения в группу сравнения сопоставимы с критериями группы исследования.

Анализ проводился по следующим параметрам: возраст матери; паритет беременностей и родов; общая прибавка массы тела во время беременности (нормальная, выше или ниже нормы); отягощенность акушерского анамнеза (наличие и количество медицинских аборт по социальным показаниям и/или по желанию матери; выкидыши, замершие беременности, мертворождение, угроза прерывания текущей беременности, гестоз, токсикоз, гипотония в родах, применения акушерских родоразрешающих пособий); тип родов (естественные, операция кесарева сечения плановая ПОКС/экстренная ЭОКС); характер околоплодных вод; инфицированность матери во время беременности вирусными инфекциями и инфекциями, передающимися половым путем; питание матери (нормальное, неудовлетворительное, наличие лишнего веса); социально-опасные заболевания у матери (тубинфицирование, гепатиты В и С, ВИЧ); наличие у матери соматических заболеваний; сроки постановки по беременности на учет в женской консультации (учет до 8 нед., учет до 16 нед., учет до 22 нед., учет до 32 нед., на учете не состояла); наличие и обследованность отца ребенка; употребление матерью алкоголя, психически активных веществ, табакокурение во время беременности; влияние на мать вредных производственных факторов во время беременности; «домашние» роды с последующим поступлением в стационар или регистрацией ребенка в органах ЗАГС без госпитализации матери; образование матери (школьное, средне-специальное (ср/спец.), неоконченное высшее (н/о высшее), высшее); нахождение женщины на учете в психоневрологическом диспансере (ПНД), у социальных служб; неадекватное в родах.

Размер выборки предварительно не рассчитывался. Проводился статистический анализ в программе STATISTICA 12.5 с подключением к работе искусственного интеллекта, а также статистических функций про-

граммы EXCEL, с использованием непараметрических методов обработки данных, таких как критерий согласия Пирсона (хи-квадрат), коэффициент корреляции, а также U-критерий Манна-Уитни. Результаты на уровне  $p \leq 0,05$  рассматривались как статистически значимые.

Все стадии исследования соответствуют действующему законодательству РФ, международным этическим нормам и нормативным документам исследовательских организаций, а также одобрены локальным этическим комитетом ГБОУ ДПО «ИПКСЗ». Все испытуемые были проинформированы о сути исследования и дали согласие на участие.

## Результаты исследования

Средний возраст матерей из группы исследования составил  $23,5 \pm 6,96$  лет и не имел достоверных отличий с возрастом матерей из группы сравнения ( $25,65 \pm 4,94$ ). Однако, в группе исследования встречались женщины неблагоприятного фертильного возраста (младше 18 и старше 45 лет: 14 человек; 9,4%) в то время как в группе контроля подобных возрастных групп не было.

Среднее количество родов в обеих группах не имело достоверных отличий ( $1,6 \pm 1,03$  в группе исследования против  $1,88 \pm 1,05$  в группе контроля), но женщины из группы исследования имели достоверную разницу в паритете:  $4,8 \pm 5,36$  беременностей в группе исследования против  $2,93 \pm 2,1$  в группе контроля ( $p \leq 0,05$ ); большая часть этих женщин прерывала предыдущие беременности при отсутствии медицинских показаний (группа исследования 77,7%, 115 человек против группы контроля 37,2%, 16 человек,  $p \leq 0,05$ ) и совершала эту манипуляцию неоднократно: среднее количество прерываний беременности при отсутствии медицинских показаний составило  $2,6 \pm 3,98$  против  $0,7 \pm 1,12$  ( $p \leq 0,05$ ). При этом стоит отметить, что у 11 женщин (7,4%) группы исследования в анамнезе отмечалось более десяти прерываний беременности, в то время как в группе контроля таких женщин не было.

Достоверной разницы при сравнении группы исследования и группы контроля по таким параметрам, как самопроизвольное патологическое прерывание беременности (23%, 34 человека и 20,9%, 9 человек), замершая беременность (7,4%, 11 человек и 9,3%, 4 человека), антенатальная гибель плода (4,1%, 6 человек против отсутствия эпизодов в группе контроля) выявлено не было.

Несмотря на существующие отягощения акушерского анамнеза, большое число прерываний беременностей в прошлом, женщины группы исследования не спе-

Таблица 1. Сроки постановки на учет по беременности

Параметры	Группа исследования n=148	Группа контроля n=43	p*
до 8 недели гестации	5,4% (8)	72,1% (31)	p≤0,05*
до 16 недели гестации	41,9% (62)	23,3% (10)	p>0,05
до 22 недели гестации	22,3% (33)	4,7% (2)	p≤0,05*
до 32 недели гестации	16,9% (25)	-	p≤0,05*
не состояла на учете	14,2% (21)	-	p≤0,05*

Таблица 2. Акушерский анамнез матерей

Параметры	Группа исследования n=148	Группа контроля n=43	p*
недостаточность общей прибавки массы тела при беременности	10,1% (15)	-	p≤0,05*
избыток общей прибавки массы тела при беременности	19,6% (29)	9,3% (4)	p>0,05
гипотония беременных	37,8% (56)	18,6% (8)	p≤0,05*
угроза прерывания беременности	39,2% (58)	32,6% (14)	p>0,05
ранний токсикоз беременных	39,9% (59)	32,6% (14)	p>0,05
поздний гестоз беременных	42,6% (63)	14% (6)	p≤0,05*
оказание акушерских пособий	20,3% (30)	27,9% (12)	p>0,05
родоразрешение путем ЭОКС	16,2% (24)	16,3% (7)	p>0,05
родоразрешение путем ПОКС	1,4% (2)	14% (6)	p≤0,05*
«домашние» роды	10,8% (16)	-	p≤0,05*

Таблица 3. Заболеваемость матерей во время беременности

Параметры	Группа исследования n=148	Группа контроля n=43	p*
соматические заболевания	38,5 (57)	37,2 (16)	p>0,05
социально-значимые заболевания	10,1 (15)	-	p≤0,05*
респираторно-вирусные заболевания	37,8 (56)	41,9 (18)	p>0,05
инфекции, передающимися половым путем	25,7 (38)	3 (7)	p≤0,05*
гипотрофия матери	14,9 (22)	2,3 (1)	p≤0,05*
ожирение матери	11,5 (17)	16,3% (7)	p>0,05

шили вставать на учет в женскую консультацию, а пятая часть исследуемых и вовсе не посещала ее (Таблица 1). Можно предполагать, что столь поздняя постановка на учет носила в том числе и социальный характер: согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N323-ФЗ, прерывание беременности по социальным показаниям допустимо до 22 недель гестации. Именно в эти сроки укладываются более половины женщин из группы исследования.

Согласно данным акушерского анамнеза, приведенным в Таблице 2, можно говорить о том, что беременность матерей из группы исследования протекала менее благоприятно, чем у женщин группы контроля,

что может быть связано с поздней постановкой на учет (Таблица 1) и, следовательно, отсутствием своевременного назначения необходимой медикаментозной терапии. В пользу этого пункта также говорит и достоверно более низкая частота встречаемости плановой операции кесарева сечения в группе исследования (женщины группы исследования не вставали на учет и, следовательно, не получали рекомендаций к данному методу родоразрешения), и достоверно более высокая частота встречаемости родов вне стен родовспомогательного учреждения.

Не вызывает сомнения, что подобный комплекс акушерских проблем не мог быть сформирован на фоне полного здоровья матери (Таблица 3). Каждая шестая

Таблица 4. Социальный анамнез матерей во время беременности

Параметры	Группа исследования n=148	Группа контроля n=43	p*
неадекватное поведение в родах	14,2 (21)	2,3 (1)	p≤0,05*
отказ от ребенка	13,5 (20)	-	p≤0,05*
отсутствие отца ребенка	22,3 (33)	16,3 (7)	p>0,05
обследованность отца ребенка	32,4 (48)	67,4 (29)	p≤0,05*
мать на учете в ПНД	10,1 (15)	-	p≤0,05*
семья на учете социальных служб	14,2 (21)	-	p≤0,05*
высшее образование матери	6,8 (10)	58,1 (25)	p≤0,05*
н/о высшее образование матери	12,2 (18)	16,3 (7)	p>0,05
ср/спец. образование матери	56,8 (84)	25,6 (11)	p≤0,05*
отсутствие образования у матери	24,2 (31)	-	p≤0,05*

женщина из группы исследования плохо питалась, каждая десятая страдала от социально-значимых заболеваний, и в четверти случаев не санировала инфекции, передающиеся половым путем, что не могло не привести к печальным последствиям: достоверно чаще встречающимся интенсивному окрашиванию околоплодных вод меконием, как признаку гипоксии плода (31,8%, 47 детей группы исследования против 11,6%, 5 детей группы контроля p≤0,05) и реализации внутриутробного инфицирования плода МКБ-10 P35-P39 (26,4%, 39 детей группы исследования против 7%, 3 детей группы контроля p≤0,05).

Что может толкнуть женщину на подобное безразличное отношение к собственному здоровью и здоровью будущего ребенка? Согласно данным Таблицы 4, тому были веские социальные основания. Почти четверть женщин группы исследования имела только школьное образование, они достоверно чаще состояли на учете у социальных служб и служб психиатрической помощи. Следует отметить тот факт, что отцы из группы контроля достоверно чаще были обследованы, следовательно, активно принимали участие в планировании беременности.

Кроме того, в группе исследования достоверно чаще (p≤0,05) страдали от токсикологической зависимости: ¾ женщин активно курили во время беременности (75,7%, 112 человек против 27,9%, 12 человек группы контроля), 23%, 34 женщины систематически употребляли алкоголь (p≤0,05), а 9,5%, 14 женщин, были зависимы от ПАВ (p≤0,05), тогда как в группе контроля таких случаев не было отмечено. Помимо указанного выше добровольного употребления токсических веществ, часть женщин испытывала влияние вредных производственных факторов (22,3%, 33 человека в группе исследования и 16,3%, 7 человек в группе контроля), однако разница между группами не была достоверной.

Проведенный анализ взаимосвязанности между некоторыми показателями в группе исследования показал наличие достоверно значимых корреляций. При интерпретации результатов корреляционного анализа представлены абсолютное значение коэффициента корреляции r при степени значимости p≤0,05. Очевидно и не вызывает лишних вопросов обратная связь средней силы между возрастом матери и наличием у нее соматической патологии -0,56. Однако, чем старше была женщина, тем больше у нее было медицинских абортов в анамнезе (прямая корреляция средней силы +0,7), она чаще рожала вне стационара (прямая корреляция средней силы +0,53) и страдала от большой прибавки массы тела во время беременности (прямая корреляция средней силы +0,69). Кроме того, к прямым корреляциям средней силы относились связи между нехваткой набора массы тела и такими параметрами, как отказ от ребенка +0,56; употребление ПАВ +0,5; учет у психиатра +0,62 и социальных служб +0,5. Напротив, большая прибавка массы тела находилась в прямой связи средней силы с социально значимыми заболеваниями +0,56; отказом от постановки на учет +0,53 и домашними родами +0,53. Интересен тот факт, что на учет по беременности не становились женщины, подверженные алкоголизации +0,51 и социальным заболеваниям +0,5; они же предпочитали «домашние» роды +0,59. Женщины, подписавшие отказ от ребенка, чаще состояли на учете у социальных служб +0,55 и у психиатра +0,56; у их ребенка не было отца +0,7; они употребляли ПАВ +0,59. Показателен тот факт, что ранняя постановка на учет до 8 недель гестации и высшее образование были также связаны прямой корреляцией средней силы +0,64.

### Обсуждение

Понимание медико-социальных основ преступного поведения — сложный вопрос с огромным количеством противоречивых мнений. Наследственные,

социальные и экологические факторы влияния на ребенка часто переплетаются. Значительный вклад в эту область вносят многочисленные попытки объяснить провоцирующие факторы преступности среди несовершеннолетних [3, 4, 5, 6, 10, 12, 13]. Многие дети претерпевают ранние социальные лишения и невзгоды. Вместо того чтобы неизбежно становиться «убийцами и исполнителями других насильственных преступлений», они вообще избегают преступной деятельности. Так что же толкает детей на совершение противоправных действий? Существуют две широкие теоретические точки зрения — психопатология развития и теория социально неблагополучного жизненного пути [15]. Предыдущая литература предполагает, что сама по себе неблагополучная социально-экономическая среда обитания ребенка-несовершеннолетнего правонарушителя не является надежным независимым фактором риска развития делинквентного поведения [5, 14, 15, 16, 22, 23, 24, 26].

Многочисленные исследования предсказывают антисоциальные поведенческие исходы подростков, но все еще обсуждается, влияет ли антенатальный на них период, и какие переменные на этапе формирования, роста и развития плода приводят к хроническому насилию [5, 7, 10, 20]. Важно понять взаимосвязь между внутриутробными условиями развития ребенка и его преступным поведением, поскольку она будет служить ключом при разработке превентивных программ для семей несовершеннолетних правонарушителей в целях снижения детской и подростковой преступности [7, 20, 24]. Однако ни одно из перечисленных нами исследований не дает полного ответа на вопрос, из-за чего незначительные проблемы с поведением в раннем детском возрасте трансформируются в серьезные насильственные формы поведения у подростков.

Не вызывает сомнения, что неблагоприятные социально-экономические условия проживания семьи на раннем этапе жизни ребенка являются предикторами непоследовательного воспитания, социального и когнитивного дефицита, проблемного поведения, социальной и академической неуспеваемости в школе, девиантных расстройств поведения, что в конечном итоге приводит подростков к противоправным действиям [5]. В нашем исследовании также выявлены достоверные предикаты, указывающие на социальное неблагополучие матери: семьи детей-несовершеннолетних правонарушителей, состояли на учете у социальных служб, а матери недоедали, поздно вставали на учет, страдали от социально-значимых заболеваний и не санированных инфекций, передающимся половым путем.

Исследования Farrington D.P. et al. [6] показали, что наличие молодой матери и низкая вовлеченность отца

в воспитание могут быть звеньями в причинно-следственной цепи формирования противоправного поведения у подростка, что также нашло отражение в нашем исследовании: в исследуемой группе часть женщин была находилась в неблагоприятном фертильном возрасте, а отцы детей не обследовались, а, следовательно, не имели интереса к планированию данной семьи. Выявленные в ходе исследования поздний срок постановки на учет, неадекватное поведение в родах, систематическая нехватка питательных элементов, токсический стресс, отказ от ребенка говорит нам о хроническом стрессе, испытываемом матерью ребенка-несовершеннолетнего правонарушителя. Воздействие стрессовых событий в первые 18 недель беременности вне зависимости от постнатального стресса показало ассоциацию с последующей общей и экстернализирующей заболеваемостью, а также делинквентным поведением у детей-несовершеннолетних правонарушителей [20]. Если мать находится в состоянии стресса, тревоги или депрессии во время беременности, ее ребенок подвергается повышенному риску возникновения ряда проблем, включая эмоциональные проблемы, СДВГ, расстройство поведения и нарушение когнитивного развития [7]. По мнению Glover V. [7], не все дети, перенесшие внутриутробно влияние материнского стресса, страдают, и те, кто страдает, страдают по-разному. Однако любое увеличение риска имеет большое клиническое значение. Важно отметить, что не только диагностируемые нарушения могут повлиять на развитие плода, но и ряд симптомов стресса, тревоги и депрессии, включая плохие отношения с партнером [7], как, например, отсутствие вовлеченности в жизнь ребенка отца, выявленное в ходе нашего исследования.

В свою очередь, материнская депрессия, влияет на траекторию поведенческого развития ребенка: воздействие антенатальных хронических стрессов может быть, одним из основных механизмов взаимоотношений детской преступности, влияя на системы регуляции эмоций [6, 11].

Наиболее значимые семейные факторы риска для развития у ребенка противоправного поведения, по мнению Mann E.A., Reynolds A.J. [13], включали низкий социально-экономический статус, плохие жилищные условия и низкий уровень образования. Однако самым сильным фактором, связанным с противоправным поведением у детей, явилось пренебрежение заботой о ребенке [13]. Выявленные в ходе нашего исследования такие предикаты материнского поведения, как токсикологическая зависимость, отсутствие образования у матери, нахождение на учете в ПНД и у социальных служб, наличие не курированных социально-значимых заболеваний, гипотрофия матерей, говорили о возможном низком уровне заботы о ребенке в будущем.

Полученные в ходе нашего исследования достоверные предикаты, характеризующие матерей несовершеннолетних нарушителей, говорили не только о трудном социально-экономическом положении семьи, но и давали основание задуматься о неблагоприятном течении антенатального периода. В частности, частые искусственные прерывания беременности в группе исследования могли приводить к состоянию хронической гипоксии плода, ведь, как известно, искусственное прерывание беременности вне зависимости от его характера, приводит к развитию плацентарной недостаточности [1]. В свою очередь, хроническая плацентарная недостаточность сопровождается гипоксией, задержкой роста плода и является одной из причин нарушений нервно-психического развития ребенка [1]. В пользу теории о хроническом кислородном внутриутробном голодании ребенка говорят и такие выявленные предикаты, как недостаточность общей прибавки массы тела при беременности, гипотония беременных, поздний гестоз беременных, токсикологическая зависимость, интенсивное окрашивание околоплодных вод меконием и реализация внутриутробного инфицирования плода за счет течения социально-значимых заболеваний и инфекций, передающимися половым путем [1, 7, 20]. Помимо этого, инфекции беременных могли привести к прямому повреждению нейронов и нервных клеток-предшественников или косвенному повреждению через активацию микроглии и астроцитов, вызывая выработку цитокинов и окислительный стресс, изменяя выработку серотонина плацентой, что может нарушить передачу сигналов нейромедиаторов в развивающемся мозге [2]. Клинически выявить эти тонкие повреждения головного мозга плода сложно.

Кроме того, у детей-несовершеннолетних правонарушителей имелись предпосылки интранатальной травматизации в силу неадекватного поведения матери в родах и высокой частоты встречаемости «домашних» родов, что, в свою очередь, вызывает поражение головного мозга ребенка за счет гипоксически-ишеми-

ческих процессов, активации перекисного окисления липидов и нарушения нейротрансмиттерной передачи и могло приводить к делинквентному поведению в будущем [9, 18]. Неудовлетворительное питание матери, выявленное как предикат группы исследования, могло вызвать белково-энергетическую недостаточность с нарушением получения энергетического субстрата для адекватного нейрогенеза [1].

Интересно рассмотреть полученные данные с точки зрения эволюционной истории. В стрессовой среде нашим предкам было выгодно с точки зрения выживаемости популяции иметь более бдительных (тревожных), агрессивных, с легко отвлекаемым вниманием (СДВГ), с ускоренным двигательным развитием детей. Но в современном мире некоторые из этих изменений могут быть дезадаптивными и вызывать проблемы для социализации ребенка и его семьи [7].

## Заключение

Подводя итог сказанному выше, мы можем прийти к выводу, что не только социально неблагоприятная среда ответственна за формирование менталитета ребенка-преступника, и не только окружение толкает его на нарушение закона: перед нами целый симптомокомплекс медико-социальных проблем, которые начинаются еще на этапе внутриутробного формирования маленького человека и лишь усугубляются в дальнейшем. Улучшая фертильное здоровье женщин, социальную и акушерско-гинекологическую помощь, мы сможем изменить здоровье нации.

## Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи. **Источник финансирования:** авторы заявляют о финансировании проведенного исследования из собственных средств.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство. Национальное руководство/Под ред. Э.К. Айламазяна, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. -с.129.
2. Al-Haddad B.J.S., Oler E., Armistead B. et al., The fetal origins of mental illness. Am J Obstet Gynecol. 2019 Dec; 221(6):549–562. doi: 10.1016/j.ajog.2019.06.013.
3. Cheung C-K, Ngai N-P, Ngai SS-Y. Family strain and adolescent delinquency in two Chinese cities, Guangzhou and Hong Kong. J Child Fam Stud. 2007;16(5):626–641. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9112-3>
4. Deng S, Roosa MW. Family influences on adolescent delinquent behaviors: applying the social development model to a Chinese sample. Am J Community Psychol. 2007; 40(3–4): 333–344. <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9133-0>
5. Dodge KA, Greenberg MT, Malone PS Conduct Problems Prevention Research Group Testing an idealized dynamic cascade model of the development of serious violence in adolescence. Child Development. 2008; 79:1907–1927. doi: 10.1111/j.1467-8624.2008.01233.x
6. Farrington DP, Jolliffe D, Loeber R, Stouthamer-Loeber M, Kalb LM. The concentration of offenders in families, and family criminality in the prediction of boys' delinquency. J Adolesc. 2001;24(5):579–596. doi: 10.1006/jado.2001.0424

7. Glover V. The effects of prenatal stress on child behavioural and cognitive outcomes start at the beginning. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. Glover V, topic ed. Encyclopedia on Early Childhood Development [online]. <https://www.child-encyclopedia.com/stress-and-pregnancy-prenatal-and-perinatal/according-experts/effects-prenatal-stress-child>. Updated: April 2019. Accessed 28 November 2021. Stress and pregnancy (prenatal and perinatal)
8. Haynie DL, Osgood DW. Reconsidering peers and delinquency: how do peers matter? *Soc Forces*. 2005;84(2):1109–1130. <https://doi.org/10.1353/sof.2006.0018>
9. Huang J, Zhu T, Qu Y, Mu D. Prenatal, Perinatal and Neonatal Risk Factors for Intellectual Disability: A Systemic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016;11(4): e0153655.
10. Huebner AJ. Adolescent risk behavior patterns: effects of structured time-use, interpersonal connections, self-system characteristics, and socio-demographic influences. *Child Adolesc Soc Work J*. 2004;21(6):647–668. <https://doi.org/10.1007/s10560-004-6409-1>
11. Kim P, Evans GW, Angstadt M, Ho SS, Sripada CS, et al. Effects of childhood poverty and chronic stress on emotion regulatory brain function in adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2013;110(46): 18442–18447. <https://doi.org/10.1073/pnas.1308240110>
12. Koolhof R, Loeber R, Wei EH, Pardini D, D'scury AC. Inhibition deficits of serious delinquent boys of low intelligence. *Crim Behav Ment Health*. 2007;17(5):274–292. doi: 10.1002/cbm.661
13. Mann EA, Reynolds AJ. Early intervention and juvenile delinquency prevention: evidence from the Chicago Longitudinal Study. *Soc Work Res*. 2006;30(3):153–167. <https://doi.org/10.1093/swr/30.3.153>
14. McCoy D. Ch., Roy A.L., Raver C.C. Neighborhood crime as a predictor of individual differences in emotional processing and regulation *Dev Sci*. 2016 Jan; 19(1): 164–174. doi: 10.1111/desc.12287
15. Mersky JP, Topitzes J, Reynolds AJ. Unsafe at any age linking childhood and adolescent maltreatment to delinquency and crime. *J Res Crime Delinquen*. 2012;49(2):295–318. doi: 10.1177/0022427811415284
16. Moffitt TE. The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: gene-environment interplay in antisocial behaviors. *Psychol Bull*. 2005;131(4):533. doi: 10.1037/0033-2909.131.4.533
17. Najman JM, Hayatbakhsh MR, McGee TR, Bor W, O'Callaghan MJ, Wil-liams GM. The impact of puberty on aggression/delinquency: adolescence to young adulthood. *Aust NZJ Criminol*. 2009;42(3):369–386. doi: 10.1016/j.adolescence.2018.03.003
18. Nemerimana M., Chege M.N., Odhiambo E.A. Risk Factors Associated with Severity of Nongenetic Intellectual Disability (Mental Retardation) among Children Aged 2–18 Years Attending Kenyatta National Hospital. *Neurol Res Int*. 2018; 2018: 6956703. doi: 10.1155/2018/6956703
19. Raver CC. Placing emotional self-regulation in sociocultural and socioeconomic contexts. *Child Development*. 2004; 75(2): 346–353. doi: 10.1111/j.1467–8624.2004.00676.x
20. Robinson M., Mattes E., Oddy W.H. al., Prenatal stress and risk of behavioral morbidity from age 2 to 14 years: the influence of the number, type, and timing of stressful life events, *Dev Psychopathol.*, 2011 May;23(2):507–20. doi: 10.1017/S0954579411000241.
21. Sidebotham P, Fraser J, Covington T, et al. . Understanding why children die in high-income countries. *Lancet* 2014;384:915–27. doi: 10.1016/S0140–6736(14)60581-X
22. Swisher R.R., Dennison C h.R. Educational Pathways and Change in Crime Between Adolescence and Early Adulthood. *J Res Crime Delinq*. 2016 Nov; 53(6): 840–871. doi: 10.1177/0022427816645380
23. Szegda K.L., Bertone-Johnson E.R., Pekow P., Powers S., Markenson G., Dole N., Chasan-Taber L. Prenatal Perceived Stress and Adverse Birth Outcomes Among Puerto Rican Women. *J. Women's Health*. 2018; 27:699–708. doi: 10.1089/jwh.2016.6118
24. "Taskiran S, Mutluer T, Tufan AE, Semerci B. Understanding the associations between psychosocial factors and severity of crime in juvenile delinquency: a cross-sectional study *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2017;13 1359–1366 doi: 10.2147/NDT.S129517"
25. Wadhwa P.D., Sandman C.A., Porto M., Schetter C.D., Garite T.J. The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: A prospective investigation. *A m.J. Obstet. Gynecol*. 1993; 169:858–865. doi: 10.1016/0002–9378(93)90016-C.
26. Wright BRE, Younts CW. Reconsidering the relationship between race and crime: positive and negative predictors of crime among African American youth. *J Res Crime Delinquen*. 2009 doi:10.1177/0022427809335170

© Яхиева-Онихимовская Дарья Алиевна ( elven5@yandex.ru ), Колесникова Софья Михайловна ( sofia\_03@mail.ru ),

Чижова Галина Всеволодовна ( res@ipksz.khv.ru ), Филиппова Валентина Васильевна ( fuw@ipksz.khv.ru ).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»