

Оцінка психоемоційного стану чоловіків із сексуальними розладами та симптомами порушення нижнього сечового тракту

Ю.М. Гурженко, М.Д. Квач

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У дослідженні проведено оцінювання психоемоційного стану чоловіків із сексуальними розладами та симптомами порушення нижнього сечового тракту.

Ключові слова: доброякісна гіперплазія передміхурової залози, статеві розлади, психоемоційний стан.

На сучасному етапі розвитку медицини, розширення знань щодо впливу соціальних, економічних чинників, міжособистісних відносин у широкому плані на виникнення, перебіг тих чи інших захворювань, серед яких особливе місце належить сексуальним розладам (СР), виникла нагальна потреба у загальній характеристиці індивідуума. Для вибору надання адекватної медичної допомоги великий інтерес представляє емоційний, соціальний та психологічний стан пацієнта [1–3]. Визначення цих змін стало можливим завдяки впровадженню у медичну практику спеціальних опитувальників. Як свідчать дані літератури та певний власний досвід, серед існуючих слід виділити ті, що найчастіше використовуються і за якими можна співставити, розширити, доповнити необхідну інформацію про стан здоров'я пацієнта [4–6].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження, яке виконували на базі ДУ «Інститут урології НАМН України», увійшли 270 пацієнтів. Багатоаспектне обстеження пройшли 235 хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ), які мали сексуальні розлади (СР) і отримували спеціалізовану допомогу у 2010–2015 роках. Хворі були розподілені на групи. Оскільки передбачалось вивчення особливостей сексуальної дисфункції (СД) у хворих на ДГПЗ, основу розподілу склали методи лікування останньої. На першому етапі було створено дві групи: 75 хворих на ДГПЗ I–II стадій, які отримували медикаментозну терапію та 160 – після хірургічного лікування (85 і 75 хворих які перенесли ТУРП та різні види простатектомії відповідно). Термін між операцією і включенням в дослідження становив 1–2 міс. Крім того, у дослідження включено 35 умовно здорових чоловіків, які склали референтну групу. Вона відібрана таким чином, що за основними параметрами (вік, супутня патологія, освіта) була подібною до основної. Результати обстеження використовували в якості унормованих величин для порівняння з отриманими даними, що доповнювали існуючі, як найбільш наближені до загальної популяції.

Зручним інструментом для визначення психоемоційного стану вважається шпитальна шкала тривоги та депресії (ШШТД). Шкала депресії Бека (Reck Depression inventory) запропонована у 1961 році, розроблена на основі клінічних спостережень і дозволяє виявити обмежений набір найбільш релевантних та значущих симптомів депресії, а також найбільш частих скарг пацієнтів. Привабливим є те, що за допомогою цієї шкали можна уточнити характер депресії.

Наявність двох субшкал забезпечує виявлення когнітивної та соматичної її форми, що має значення для вибору варіанта психотерапії. Саме з таких позицій її було визнано багатьма дослідниками зручною та інформативною. З цією самою метою окремі автори віддають перевагу шкалі Гамільтона для оцінювання депресії (HDRS). Наявність 21 показника дає можливість всебічно оцінити напрямок і міру порушення психологічного стану пацієнта.

Згідно до програми дослідження було проведено комплексне вивчення психоемоційного стану чоловіків, які мають поєднану патологію у вигляді розладів сечовипускання та сексуальної дисфункції за допомогою соціологічного опитування за декількома взаємодоповнюючими, загальноприйнятими у клінічній практиці методами, оскільки від нього залежатиме ефективність лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На першому етапі роботи для загального уявлення рівня емоціональної нестабільності у хворих, що стали об'єктом вивчення, проведене анкетування за шкалою тривоги та депресії (ШШТД). Результати анкетування наведено у табл. 1 та 2 з урахуванням груп спостереження.

Нижче наведена інтерпретація отриманих даних. Спочатку проаналізуємо частоту та рівень тривожності. За відповідями респондентів було виявлено, що у 19 із 235 (8,0%) відчуття тривоги є відсутнім. У переважній більшості (209 – 89,0%) виявлено субклінічний її рівень, що не потребує лікування у відповідних фахівців. За групами спостереження вони не відрізнялися: 65 хворих із 75 (86,7±3,9%) у I та 144 із 160 (90,0±2,3%) – у II. Невеликою різницею за цією ознакою характеризувалася більшість чоловіків у підгрупі 2Б (91,5±3,0% проти 88,3±3,6% в 2А), що можна пояснити появою нової проблеми у вигляді розвитку СР після хірургічного лікування ДГПЗ.

Клінічний рівень тривоги мав місце лише у 7 із 235 осіб (2,1%), які також розподілились без будь-яких особливостей. Проте при ретельному вивченні цей показник проявився у більш інтенсивній виразності ознак субклінічної і клінічної тривожності серед чоловіків, у яких залишилися СР після хірургічного лікування ДГПЗ (підгрупа 2А). Так, середнє значення кількості балів при субклінічному рівні тривоги у підгрупі 2А – 10,0±1,1 проти 9,5±0,7 балів в 2Б, при клінічній – 12,0±0,3 проти 10,9±0,7 балів відповідно ($p<0,05$).

У табл. 2 представлена опрацьована інформація щодо наявності та рівня депресивних проявів. За результатами аналізу даних можна зробити висновок, що як і в попередньому випадку, серед хворих переважає субклінічно виражена депресія. Її виявляли у 214 із 235 (91,0%) пацієнтів і також за частотою не мала переваг у жодній з виділених груп спостереження. Разом з тим, було простежено різницю у ви-

Таблиця 1

Розподіл хворих за рівнем тривоги згідно шкали тривоги та депресії у розрізі груп спостереження, M±m в балах

Рівень, бали	1				2				У тому числі								Референтна група			
									2А				2Б							
	Абс. число	%	m	M±m	Абс. число	%	m	M±m	Абс. число	%	m	M±m	Абс. число	%	m	M±m	Абс. число	%	m	M±m
Відсутність (0-7)	8	10,7	3,5	5,3±0,8	11	6,8	2,0	6,8±0,9	6	7,8	3,0	7,1±0,4	5	6,0	2,6	6,5±0,6	33	94,2	3,5	3,0±1,0
Субклінічна (8-10)	65	86,7	3,9	9,5±0,6	144	90,0	2,3	9,8±1,0	68	88,3	3,6	10,1±1,1	76	91,5	3,0	9,5±0,7	2	5,7	2,1	8,2±0,5*
Клінічна ≥11	2	2,7	1,3	11,5±0,5	5	3,2	1,4	11,4±0,5	3	3,9	2,1	12,0±0,3 ^Δ	2	2,4	1,6	10,9±0,7	-	-	-	-
Усього	75	100,0			160	100,0			77	100,0			83	100,0			35	100,0		

Примітки: * – різниця достовірна між показниками референтної та інших груп; p<0,05; ^Δ – різниця достовірна між показниками 2А та 2Б групами; p<0,05; ** – різниця достовірна між показниками 1 та 2 групами; p<0,05.

Таблиця 2

Розподіл хворих за рівнем депресії згідно Шпитальної шкали тривоги та депресії у розрізі груп спостереження, M±m в балах

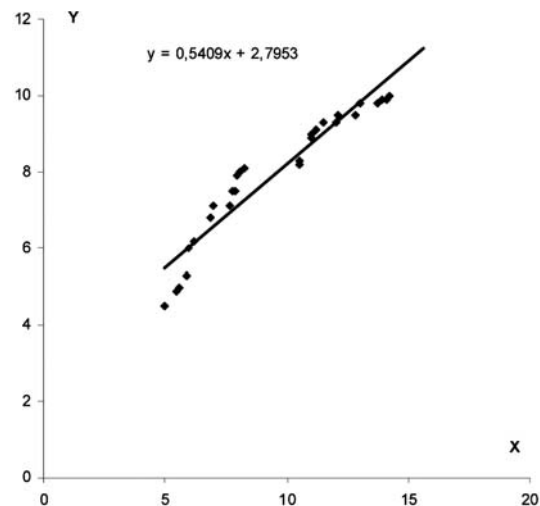
Рівень, бали	1				2				У тому числі								Референтна група			
									2А				2Б							
	%	m	M±m	Абс. число	%	m	M±m	Абс. число	%	m	M±m	Абс. число	%	m	M±m	Абс. число	%	m	M±m	
Відсутність (0-7)	7	9,3	3,3	44±1,2	9	5,6	1,8	6,0±1,5	3	3,9	2,2	5,9±0,5	6	7,2	2,8	6,2±1,0	35	100	-	-
Субклінічна (8-10)	67	89,3	3,5	10,4±0,6	147	91,8	2,1	9,4±0,5	72	93,5	2,8	9,8±0,5 ^Δ	76	91,5	3,0	8,9±0,4	-	-	-	-
Клінічна ≥11	1	1,3	1,0	11,0	4	2,5	1,2	10,2±0,4	3	3,9	2,2	10,7±0,4	1	1,2	0,9	10,0	-	-	-	-
Усього	75	100,0			160	100,0			77	100,0			83	100,0			35	100,0		

Примітки: * – різниця достовірна між показниками референтної та інших груп; p<0,05; ^Δ – різниця достовірна між показниками 2А та 2Б групами; p<0,05; ** – різниця достовірна між показниками 1 та 2 групами; p<0,05.

разності депресивних проявів за сумою балів. У групі чоловіків, які медикаментозно лікувались з приводу ДГПЗ та СР, величина її була суттєвішою (10,4±0,6 балів проти 9,4±0,5 балів серед тих, хто був прооперованим; p<0,05), що на нашу думку, пов'язано із нашаруванням двох патологій та напруженим емоційним станом в очікуванні майбутньої операції. Для підтвердження зробленого припущення наведено результати кореляційного зв'язку між ступенем вираженості СНСШ та рівнем депресії. За ним доведено його існування, причому високої сили (r=0,90), що продемонстровано на мал. 1.

Подібна ситуація спостерігалась й при співставленні відповідних даних У підгрупах 2А і 2Б. У першій з них, де у чоловіків після хірургічного лікування ДГПЗ ознаки СР не тільки залишились, але й набули більшої інтенсивності, значення показників були достовірно більшими, ніж у випадках появи останніх після операції. Конкретні дані у підгрупі 2А при субклінічній формі депресії становили 9,8±0,5 бала проти 8,9±0,4 бала у 2Б; p<0,05.

Наведені відомості свідчать, що сексуальні розлади є одним із практично обов'язкових компонентів депресії. Це зумовило проведення більш ретельного вивчення депресії, за клінічними ознаками якої було можливим диференціювати стан, індивідуалізувати характер, виділити когнітивно-афективні чи соматичні її прояви, що має вирішальне значення при персоналізованому підході до вибору методу психо- та



Мал. 1. Зв'язок між ступенем вираженості симптомів нижніх сечових шляхів та рівнем депресії

фармакотерапії. Зазначене забезпечувалося завдяки результатам опитування за шкалою депресії Бека (Beck Depression Inventory) (табл. 3).

Розподіл хворих за ступенем та характером проявів депресії за шкалою Бека, %

Ступінь	Усього			Когнітивна			Соматична		
	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m
Відсутній (0-7)	11	4,7	1,3	-	-	-	-	-	-
Легкий (10-15)	45	19,1	2,5	19	42,2	7,3*	26	14,5	2,6
Помірний (16-19)	73	31,0	3,0	14	31,1	6,9	59	33,0	3,6
Середній (20-29)	103	43,8 ^Δ	3,2	12	26,7	6,5 ^{Δ*}	91	50,8 ^Δ	3,8
Тяжкий (30-63)	3	1,3	0,7	-	-	-	3	1,6	1,0
Разом	235	100,0		45	100,0		179	100,0	

Примітки: * – різниця достовірна між групами 2А та 2Б; p<0,0; Δ – різниця достовірна між показниками у стовпчику; p<0,05.

Таблиця 4

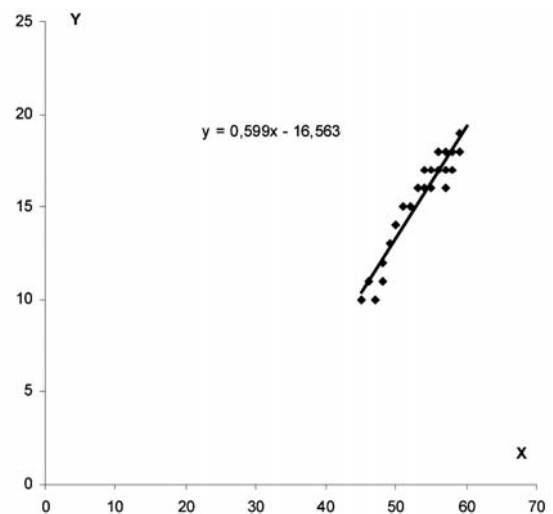
Розподіл хворих за ступенем депресії згідно до шкали депресії Бека у розрізі груп спостереження, бали

Ступінь	Групи спостереження															Референтна група				
	1						2						У тому числі							
										2А			2Б							
	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%
Відсутній (0-9)	3	4,0	2,1	5,0±2,1	8	5,0	1,7	5,7±1,9	3	3,9	2,2	7,6±0,5	5	6,0	1,0	4,6±2,1	33	94,3	3,9	3,0±1,9
Легкий (10-15)	14	18,7	4,5	12,1±1,6	31	19,4	3,1	12,3±1,9	11	14,3*	3,1	14,8±0,6*	20	24,1	4,1	12,5±1,2	2	5,7	3,9	12,5±0,5
Помірний (16-19)	21	28,0	5,2	17,9±1,2	52	32,5	3,7	18,1±0,9	21	27,3*	5,0	18,5±0,7*	31	37,3	5,1	17,1±0,6	-	-	-	-
Середній (20-29)	36	48,0 ^Δ	5,7	22,0±1,4	67	41,9 ^Δ	3,9	25,1±1,9	40	52,0 ^{Δ*}	5,6	28,1±2,0*	27	32,5	5,1	22,3±1,8	-	-	-	-
Тяжкий (30-63)	1	1,3	1,1	31,0	2	1,3	1,1	37,5±0,5	2	2,5	1,6	37,5±0,5	-	-	-	-	-	-	-	-
Усього	75	100,0			160	100,0			77	100,0			83	100,0			35	100,0		

Примітки: * – різниця достовірна між групами 2А та 2Б; p<0,0; Δ – різниця достовірна між показниками у стовпчику; p<0,05.

Результати аналізу табл. 3 дозволили виявити як загальні тенденції, так і особливості розподілу хворих різних груп спостереження за ступенями депресії. Лише у 11 із 235 опитаних (4,7%) не було її ознак, у 224 чоловіків (95,3%) згідно самооцінки стану та підсумованих балів: 45 (19,1±2,5%) мали легкий ступінь, 73 (31,0±3,0%) – помірний, 103 (43,8±3,2%) – середній і 3 (1,3±0,4%) – тяжкий. Серед усіх хворих достовірно частіше виявляли депресію середнього ступеня вираженості. Наведений розподіл без істотних змін спостерігається у розрізі двох основних порівняльних груп, що узгоджується з даними, отриманими за ШШТД, рівні депресії за якою також рівномірно розподілились у 1 та 2 групах. Більше того, поглиблене вивчення скарг та інтенсивності їхніх проявів довело їхню подібність. Достовірної різниці між усередненими значеннями балів серед чоловіків з тим чи іншим ступенем у 1 та 2 групах не простежено (табл. 4).

Разом з тим, особливості визначали при порівняльному аналізі показників у підгрупах 2А та 2Б. По-перше, у більшій половині осіб 2А підгрупи, в якій СР мали місце як до так і після оперативного втручання з приводу ДГПЗ, депресія була середнього ступеня (52,0±5,6% проти 32,5±5,1% у 2Б), тоді як легкого і помірною, навпаки, у підгрупі 2Б (61,4±5,3% проти 46,6±5,6% у 2А; p<0,05). Звертає на себе увагу й усереднення значень балів. Вони достовірно більші у підгрупі 2А, а саме: при легкому ступені 14,8±0,6 проти 12,5±1,2 бала, при помірному 18,5±0,7 проти 17,1±0,6, при середньому 28,1±2,0 проти 22,3±1,8 бала відповідно у 2Б.



Мал. 2. Зв'язок між депресією та віком

Зазначене підтверджує не тільки частоту депресії за ступенем, а й за вираженістю її ознак серед чоловіків із ознаками СР, які залишилися після хірургічного лікування ДГПЗ. Далі, дотримуючись запропонованої методики Бека, стало можливим за її субшкалами деталізувати характер проявів. Варто зазначити, що при їхньому змішаному типі, вдалося

Розподіл хворих за характером соматичної депресії залежно від ступеня її вираженості з урахуванням груп спостереження

Ступінь	Усього	Групи спостереження											
		1				2				У тому числі			
	2А				2Б								
	Абс. число	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число.	%	m
Легкий	26	9	16,7	5,0	17	13,6	3,0	10	15,0	4,3	7	12,0	4,2
Помірний	59	15	27,8	6,0	4,4	35,2	14,2	17	25,4	5,3	27	46,6 ^Δ	6,5
Середній	91	29	53,7	6,7	62	49,6	4,4	38	56,6	6,0	24	41,4?	6,4
Тяжкий	3	1	1,8	1,3	2	1,6	0,9	2	3,0	2,0	-	-	-
Разом	179	54	100,0		125	100,0		67	100,0		58	100,0	

Ступінь	Усього	Групи спостереження											
		1				2				У тому числі			
	2А				2Б								
	Абс. число	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m
Легкий	19	11	61,1*	11,4	18	29,6	8,7	3	42,9	18,7	5	25,0	9,6
Помірний	14	4	22,2	9,7	10	37,0	9,2	3	42,9	18,7	7	35,0	10,7
Середній	12	3	16,7**	8,2	9	33,3	9,0	1	14,2	13,1	8	40,0**	10,9
Тяжкий	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Разом	45	18	100,0		27	100,0		7	100,0		20	100,0	

Примітки: * – із 235 в 11 відсутня, тому у розрахунках 224 хворих; ** – різниця достовірна між 1 та 2 групами; p<0,05; Δ – різниця достовірна між показниками груп 2А і 2Б; p<0,05.

виявити випадки переваг когнітивної чи соматичної депресії (табл. 3, 4).

Для даного контингенту чоловіків було встановлено характерні соматичні прояви (у 179 – 76,2±2,9% проти 45 – 19,1±2,5% когнітивних; p<0,05), а в половині з них – середнього ступеня (50,8±3,8%). Такий стан зумовлений тим, що у дослідженні представлено пацієнтів, у яких сексуальні розлади мали достатньо вагому соматичну базу. Підтвердженням цього є простежена лінійна залежність між частотою наведеної форми депресії з віком, існує вона й між останньою ознакою та величиною усередненого значення балів, зростання якої свідчить про тяжкість проявів. За результатами кореляційного аналізу ця залежність має достатньо сильний зв'язок (r=0,93) (мал. 2).

Серед симптомів практично усі вказали на наявність втрати працездатності, швидку втомлюваність, порушення сну та зниження (втрату) лібідо, тобто більшою мірою сексуального порядку.

Як зазначалося вище, у кожного четвертого опитуваного депресія проявлялася у вигляді когнітивної форми. Це були чоловіки більш молодші за віком, у яких еректильна дисфункція частіше носила ситуативний характер. Депресія проявлялася незадовільністю власними вчинками, поведінкою, підвищеною дратливістю, порушенням соціальних зв'язків; пацієнти вважали себе незахищеними, вразливими.

З позиції раннього виявлення, профілактики, вибору лікувальної тактики інтерес представляють дані розподілу когнітивної та соматичної проявів депресії у розрізі груп спостереження (табл. 5, 6).

Загальна картина при розгляді матеріалу табл. 5 та 6 виглядає наступним чином. Так, серед 72 чоловіків першої групи, які мали симптоми депресії, у 54 (75,0±4,1%) вони носили соматичний характер і у три рази рідше проявлялись когнітивними ознаками (25,0±4,1%, що достовірно по відношенню до першої; p<0,05). У другій групі хворі розподіли-

лись наступним чином: із 152 – у 125 та 27 (82,2±3,0% та 17,8±3,0% відповідно). Тобто, пацієнти, які мали ДГПЗ та СР і лікувались медикаментозно, достовірно частіше відмічали ознаки когнітивної форми депресії (25,0±4,1% проти 17,8±3,0% у другій групі), тоді як у чоловіків після хірургічного лікування з наявними СР, навпаки, прояви депресії переважно носили соматичний характер (82,2±3,0% проти 75,0±4,1% в першій групі).

Крім того, отримано цікаву інформацію при порівнянні підгруп 2А та 2Б. В останній, де у чоловіків СР виникли після оперативного втручання з приводу ДГПЗ, у 2,6 рази частіше виявлялися прояви депресії когнітивного характеру (у 20 із 78 – 25,6±4,9% проти у 7 із 74 – 9,5±3,4% в підгрупі 2А; p<0,05). Разом з тим, практично у всіх пацієнтів, що мали СР до та після її хірургічного лікування, вони носили соматичні ознаки (у 67 із 78 – 90,5±3,4% проти у 58–78 – 74,4±4,9% у підгрупі 2Б; p<0,05). В аспекті розподілу за ступенями депресії особливості теж стосувалися лише підгруп і мали логічний характер.

Зокрема, у разі соматичної депресії у підгрупі 2А за результатами опитування достовірно більше виявлявся середній ступінь (56,6±6,0% проти 41,4±6,4% в 2Б), з подібною відмінністю хворих зазначеного ступеня з когнітивними ознаками спостерігали у підгрупі 2Б (40,0±10,9% проти 14,2±13,1% в 2 А; p<0,05).

ВИСНОВКИ

Виявлено, що переважна більшість хворих із СР, які мали ДГПЗ, та у тих, у кого вони залишилися після хірургічного лікування або виникли після операції (209 із 235 – 89,0%), відмічали тривожність на субклінічному її рівні. За частотою тривожність не різнилася між групами та підгрупами спостережень, перебуваючи у межах 86,7±3,9% – 90,0±2,3% у першій та другій, та 88,3±3,6% – 91,5±3,0% – у підгрупах 2А і 2Б відповідно.

Оценка психоэмоционального состояния мужчин с сексуальными расстройствами и симптомы нарушения нижних мочевыводящих путей
Ю.Н. Гурженко, Н.Д. Квач

Evaluation of men psychoemotional sexual disorders and symptoms of lower urinary tract
Y.M. Gurzhenko, M.D. Kvach

В исследовании проведена оценка психоэмоционального состояния мужчин с сексуальными расстройствами и симптомами нарушения нижнего мочевого тракта.

This paper evaluated the emotional state of men with sexual disorders and symptoms of lower urinary tract.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, половые расстройства, психоэмоциональное состояние.

Key words: benign prostatic hyperplasia, sexual disorders, psycho-emotional state.

Сведения об авторах

Гурженко Юрий Николаевич – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (050) 668-08-08

Квач Николай Дмитриевич – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Неймарк А.И. Взаимосвязь психоэмоциональных и эректильных дисфункций у мужчин, подвергшихся коронарному шунтированию / А.И. Неймарк, Е.В. Помешкин, Е.В. Тавлуева, О.Л. Барбараш, С.А. Помешкина // Здоровье мужчины. – 2011. – № 4 (39). – С. 13–15.
2. Smith D.P. Relationship between lifestyle and health factors and severe lower urinary tract symptoms (LUTS) in 106,435 middle-aged and older Australian men: population-based study / D.P. Smith, M.F. Weber, K. Soga, R.J. Korda, G. Tikellis [et al.] // PLoS One. – 2014. – V. 9 (10). – P. 109–278.
3. Zeng H.Q. Psychological factors and erectile function in men with refractory chronic prostatitis / H.Q. Zeng, C.H. Zhang, G.C. Lu [et al.] // Zhonghua Nan Ke Xue. – 2008. – V. 14 (8). – P. 728–730.
4. Горпинченко І.І. Зв'язок показників анкет Міжнародного індексу еректильної функції, ЕД-ПЗ з пов'язаною зі здоров'ям якістю життя, в залежності від тяжкості еректильної дисфункції / І.І. Горпинченко, Д.З. Воробець // Здоровье мужчины. – 2010. – № 1 (52). – С. 31–41.
5. Горпинченко І.І. Кореляційні зв'язки між показниками анкет Міжнародного індексу еректильної функції, ЕД-ПЗ та пов'язаною зі здоров'ям якістю життя / І.І. Горпинченко, Д.З. Воробець // Здоровье мужчины. – 2010. – № 3 (54). – С. 26–31.
6. Фещенко Ю.І. Процедура адаптації міжнародного опитувальника оцінки якості життя MOS SF-36 в Україні / Ю.І. Фещенко, Ю.М. Мостовой, Ю.В. Бабійчук // Укр. пульмонологічний журнал. – 2002. – № 3. – С. 9–11.

Статья поступила в редакцию 29.11.2016

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

УЧЕННЫЕ РАССКАЗАЛИ, КАК НА ЖЕНЩИН ВЛИЯЕТ РОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ

Рождение ребенка после 35 лет положительно отражается на когнитивных способностях женщины.

В этом убеждены специалисты из Университета Южной Калифорнии (США). Результаты их исследования опубликованы в Journal of the American Geriatrics Society, кратко о них пишет Science Daily.

В исследовании американских ученых приняли участие 830 женщин после наступления менопаузы. Специалисты изучали, как продолжительность репродук-

тивного периода и прием гормональных контрацептивов может повлиять на мышление, внимание и память женщин среднего и преклонного возраста.

Оказалось, что поздняя беременность (после 35 лет) и гормональная контрацепция в течение 10 лет могут позитивно воздействовать на такие процессы, как вербальная память и познание. Ученые объясняют это гормональными изменениями, происходящими во время беременности и после рождения ребенка.

"Конечно, это не означает, что нужно ждать до 35 лет, чтобы родить ребенка, - говорит автор исследования Роксана Карим из Университета Южной Калифорнии. - Тем не менее наши выводы свидетельствуют о положительном эффекте последней беременности в более позднем возрасте. Необходимы дополнительные исследования, чтобы в полной мере оценить и понять этот механизм".

Источник: med-expert.com.ua