

УДК: 618.2:159.9]-085:614.215

**В.Г. Сюсюка, Ю.В. Котлова**

## Оцінка впливу програми медико-психологічної корекції та санаторної реабілітації вагітних на стан новонароджених і перебіг їх раннього неонатального періоду

Запорізький державний медичний університет, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA. 2014.8(64):31–35; doi 10.15574/SP.2014.64.31

**Мета:** оцінити ефективність програми медико-психологічної корекції у зниженні рівня тривожності та її вплив на стан новонароджених і перебіг їхнього раннього неонатального періоду.

**Пацієнти і методи.** Обстежено 210 вагітних у II та III триместрах. Першу групу склали 80 вагітних із середнім і високим рівнем ситуативної тривожності, які узяли участь у комплексній програмі медико-психологічної корекції і санаторної реабілітації. Другу групу склали 57 вагітних, що відмовилися від медико-психологічної корекції та отримували лише стандартне санаторно-курортне лікування. Контрольну групу склали 48 вагітних з низьким рівнем тривожності (30 балів і менше). Індивідуально-психологічні особливості вагітних та їх психоемоційний стан оцінювали за допомогою комплексу психодіагностичних методів.

**Результати.** Застосування програми медико-психологічної корекції вагітних на етапі санаторної реабілітації сприяло достовірному зниженню показника ситуативної тривожності у 82,5% випадків. У групі жінок, що отримували лише стандартне санаторно-курортне лікування, зниження показника ситуативної тривожності спостерігалось лише у 52,6% випадків.

**Висновки.** Проведена на етапі санаторної реабілітації медико-психологічна корекція вагітних, впливаючи на рівень тривожності, сприяє зниженню акушерських (передчасні пологи, аномалії пологової діяльності, дистрес плоду) і перинатальних ускладнень (асфіксія, неонатальна енцефалопатія, затримка росту плоду).

**Ключові слова:** вагітність, ситуативна тривожність, стан новонароджених, перинатальні ускладнення.

### Вступ

Психічний стан жінки є одним з головних індикаторів рівня благополуччя перебігу вагітності. Однак більш важливим вважається не стільки позитивний чи негативний фон стану, скільки його гармонійне поєднання з материнською поведінкою [11]. Ставлення матері до плоду під час вагітності залишає стійкий слід у його психіці [8]. Навіть відносно слабкі впливи, що не викликають видимих морфологічних ушкоджень, можуть призвести до тривалих, а іноді й постійних, порушень нейроендокринної регуляції фізіологічних функцій і різних типів поведінки [9]. Починаючи з II-го триместру вагітності, у зв'язку з розвитком власної нейрогуморальної регуляції плоду, у жінки з'являються стабільні тривога, депресія і стрес, що супроводжуються гормональними змінами в її крові, які впливають на розвиток нервової системи та емоційної сфери дитини, пригнічуючи або надмірно стимулюючи її рухову активність [13]. Дитина на гормональному рівні переживає всі стани матері. Кожна хвиля материнських гормонів різко виводить дитину з її звичайного стану і надає загостреної чутливості [6].

Наукові дослідження переконливо довели, що у жінок, які часто відчували страх під час очікування дитини, народжуються діти, вкрай чутливі до зовнішніх подразників. Ці малюки довго плачуть і погано сплять, важко пристосовуються до змін навколишнього середовища [3]. Експериментальні та перспективні епідеміологічні дослідження встановили, що пренатальний стрес та тривога у матері можуть мати довгострокові наслідки для фізичного і психічного розвитку дитини, збільшуючи ризик захворюваності [15–17].

Індукований хронічний або гострий стрес може затримати нормальний розвиток плода. У результаті створюються передумови для метаболічних розладів, серцево-судинної та іншої патології в дорослому житті, що підтверджено експериментальними та епідеміологічними дослі-

дженнями. Якщо мати знаходиться в стресовому стані, має постійне джерело емоційної напруги і з жахом думає про народження дитини, допускаючи в своїх думках варіанти її смерті, то дитина відчуває хаос і агресію навколишнього світу [2]. Саме тому велика кількість конфліктів, амбівалентне ставлення та відхилення, яке мати демонструвала у відносинах з ненародженою дитиною, має значний вплив на дитину після народження. Виразна реакція ненародженої дитини на стрес більше не підлягає сумніву. Популяризації результатів наукових досліджень сприяє велика кількість спостережень [14].

Народження здорової дитини залишається метою, яку плекають майбутні батьки, їхні родини та спеціалісти, що супроводжують вагітну, а в подальшому матір та її новонароджену дитину. Жодна з високотехнологічних можливостей сучасної неонатології не може бути кращою за відсутність необхідності їх використання за умови здоров'я новонародженої дитини.

Отже, бажаними залишаються принципи перинатальної допомоги, що ґрунтуються на фізіологічному веденні вагітності, пологів та фізіологічному догляді за новонародженим з обмеженням медичних втручань у зв'язку з відсутністю показань до їх використання.

**Гіпотеза дослідження** — медико-психологічна корекція, проведена на етапі санаторної реабілітації вагітних, впливаючи на рівень тривожності, сприяє зниженню акушерських та перинатальних ускладнень.

**Мета** роботи — дати оцінку ефективності розробленої та впровадженої програми медико-психологічної корекції у зниженні рівня тривожності та оцінити її вплив на стан новонароджених і перебіг їх раннього неонатального періоду.

### Матеріал і методи дослідження

Обстежено 210 вагітних у II та III триместрах. Вагітні перебували на санаторному оздоровленні, яке проводи-

лось в умовах спеціалізованого відділення для вагітних санаторію «Великий Луг» (головний лікар Н.Ф. Шапран) м. Запоріжжя, згідно із стандартами санаторно-курортного лікування (дієтотерапія, лікувальна фізкультура, кліматотерапія, бальнеотерапія та інші види гідротерапії, оксигенотерапія, фізіотерапевтичні методи лікування, хромотерапія, психорелаксація та фізіопсихопрофілактична підготовка до пологів) [12].

Індивідуально-психологічні особливості вагітних та їхній психоемоційний стан досліджували з використанням комплексу психодіагностичних методів: шкала ситуативної (СТ) та особистісної тривожності (ОТ) Ч.Д. Спілбергера, яка адаптована Ю.Л. Ханінін; запитальник EPQ Айзенка та САН (самопочуття, активність, настрій) [1,4,6,10]. Для встановлення типу ставлення до хвороби та інших пов'язаних з нею особистісних відносин у вагітних з хронічними соматичними захворюваннями використовували Особистісний запитальник Бехтерєвського інституту («ЛОБИ») [5]. За результатами запитувальника «ЛОБИ» дисгармонічний тип ставлення до соматичної хвороби встановлено у 25 (16,7%) вагітних з екстрагенітальною патологією (ЕГП), тому дана категорія жінок аналізувалась окремо.

Вагітні були розподілені залежно від рівня ситуативної тривожності (СТ), яка є проявом так званої емоційної реакції на стресову ситуацію і характеризується суб'єктивно пережитими емоціями. До I групи включені 80 вагітних із середнім та високим рівнем СТ, які взяли участь у комплексній програмі медико-психологічної корекції та санаторної реабілітації. Програма медико-психологічної корекції має свідоцтво на авторське право Державної служби інтелектуальної власності України № 47260 від 16.01.2013р та включає: співбесіду з вагітними; аутогенне тренування; сеанси релаксації; нейролінгвістичне програмування; «якоріння»; раціонально-кінетичні практики; візуалізацію; тілесно-орієнтовані вправи; музико- та арт-терапію. До роботи у програмі залучені акушер-гінеколог, педіатр (неонатолог), психолог. Форма роботи з акушером-гінекологом та педіатром (неонатологом) – лекція та співбесіда з вагітними (8–12 жінок), комп'ютерна візуалізація у вигляді слайд-шоу, практична демонстрація з використанням фантому та ляльки, а також освоєння вагітними, за бажанням, основних навичок догляду за дитиною. Загальна тривалість співбесіди – 40–45 хвилин. Теми для обговорення визначались після анонімного опитування жінок щодо питань, які їх найбільше хвилюють, до лікаря-акушера-гінеколога та педіатра (неонатолога). Форма роботи з психологом – співбесіда з вагітними (10–15 жінок). Кожне заняття розраховане на 1,5 години з частотою проведення два рази на тиждень. До II групи увійшли 57 вагітних, що отримували реабілітацію в умовах спеціалізованого відділення для вагітних санаторію «Великий Луг», згідно з планом оздоровлення, яка регламентована стандартами санаторно-курортного лікування, та які відмовились від участі в програмі медико-психологічної корекції. У контрольну групу включені 48 вагітних з рівнем тривоги 30 балів і нижче, що характеризує низький рівень СТ.

Критерієм виключення були важкі соматичні захворювання. Ведення вагітності та розродження жінок, що входили до груп дослідження, проводилось відповідно до чинних наказів МОЗ України. Первинну оцінку стану новонародженого, його ранню фізіологічну адаптацію та медичний догляд за ним здійснювали згідно з наказом МОЗ України № 152. Усіх новонароджених оцінювали за шкалою Апгар, ступінь дихальної недостатності визначали за шкалою

Downes. При виявленні порушень ранньої фізіологічної адаптації та патологічних станів медичний догляд здійснювався за відповідним протоколом МОЗ України.

З кожною вагітною було проведено бесіду про доцільність додаткових методів дослідження, та отримана згода на їх проведення. Дослідження відповідає сучасним вимогам морально-етичних норм щодо правил ICH/GCP, Гельсінській декларації (1964), Конференції Ради Європи про права людини і біомедицини, а також положенням законодавчих актів України.

Середній вік жінок в групах дослідження статистично не відрізнявся ( $p > 0,05$ ) та склав: у I групі –  $27,95 \pm 0,93$  року, у II групі –  $28,47 \pm 1,12$  року та  $27,94 \pm 1,0$  роки у групі контролю. Суттєвої різниці за соціальним та професійним складом не встановлено. У кожній з груп дослідження понад 75% жінок були службовцями. За результатами антропометричних вимірювань не було встановлено достовірної різниці між групами дослідження ( $p > 0,05$ ). На підставі аналізу ЕГП встановлено, що її частота в I групі склала 63,8%, у II – 75,4% та 64,6% у групі контролю ( $p > 0,05$ ).

Варіаційно-статистична обробка результатів здійснювалось з використанням ліцензованих стандартних пакетів прикладних програм багатовимірної статистичного аналізу «STATISTICA 6.0» (ліцензійний номер AXXR712D833214FAN5).

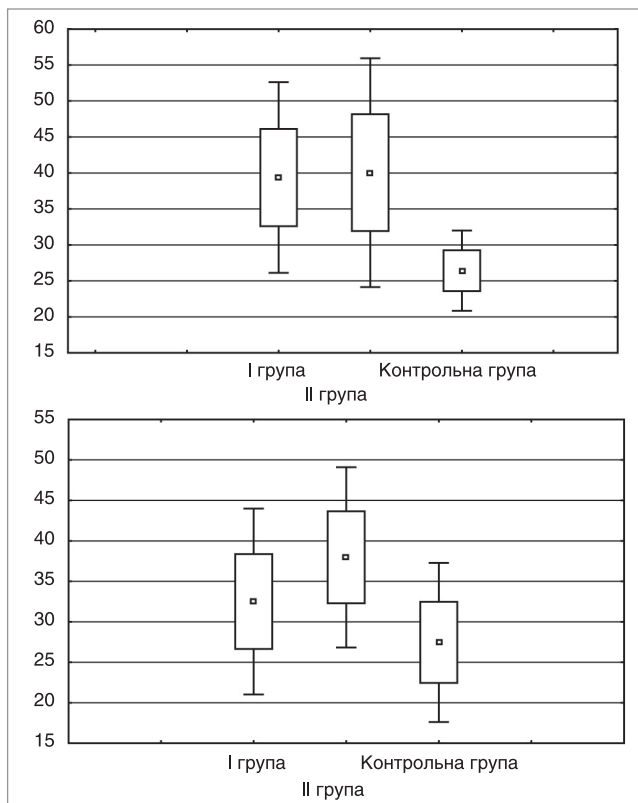
Обраний напрямок дослідження тісно пов'язаний з планом науково-дослідної роботи кафедри акушерства і гінекології Запорізького державного медичного університету «Наукове обґрунтування впливу немедикаментозних та медикаментозних методів лікування вагітних на зниження акушерських та перинатальних ускладнень» (держреєстрації 0110U000909) Ін. 14.01.01.09 та є фрагментом докторської дисертації.

### Результати дослідження та їх обговорення

За результатами оцінки ефективності програми медико-психологічної корекції та санаторної реабілітації у 82,5% вагітних I групи мало місце зниження СТ (рис. 1). Це сприяло зниженню частки вагітних з високим та середнім рівнем СТ, а саме у 50% жінок. У II групі вагітних, які відмовились від участі у програмі, зниження СТ встановлено у 50,8% жінок, а зниження рівня СТ – лише у 17,5%. Такі результати вплинули і на рівень середнього показника СТ, який у I групі склав  $32,51 \pm 1,30$  бала та був статистично достовірно нижчим ( $p < 0,05$ ) за відповідний показник II групи ( $37,96 \pm 1,51$  бала). Заслужує уваги і той факт, що у 20,8% вагітних контрольної групи мало місце зростання рівня СТ ( $27,46 \pm 1,45$  бали).

За результатами оцінки запитальника САН у всіх групах був встановлений кореляційний зв'язок самопочуття з настроєм ( $r = +0,643$ ,  $p < 0,05$ ) та активністю ( $r = +0,622$ ,  $p < 0,05$ ). Як відомо, під ОТ мається на увазі відносно стійка індивідуальна характеристика, риса, яка дає уявлення про схильність людини до тривожності, а також про її схильність сприймати досить широке коло ситуацій як загрозливі й реагувати на них станом тривожності різного рівня. Водночас рівень нейротизму має тісний зв'язок з напруженістю, тривожністю та невдоволення собою. Так, наявність взаємозв'язку між ОТ та рівнем нейротизму була встановлена в усіх групах дослідження: в I групі ( $r = +0,528$ ,  $p < 0,05$ ), у II – ( $r = +0,627$ ,  $p < 0,05$ ) та ( $r = +0,500$ ,  $p < 0,05$ ) – у контрольній групі.

Характеризуючи перебіг вагітності, слід зазначити високу частоту ускладнень у групах дослідження. Так, в I групі частота ускладнень гестації склала 63,8%, у II – 75,4% та 64,6% у групі контролю ( $p > 0,05$ ).

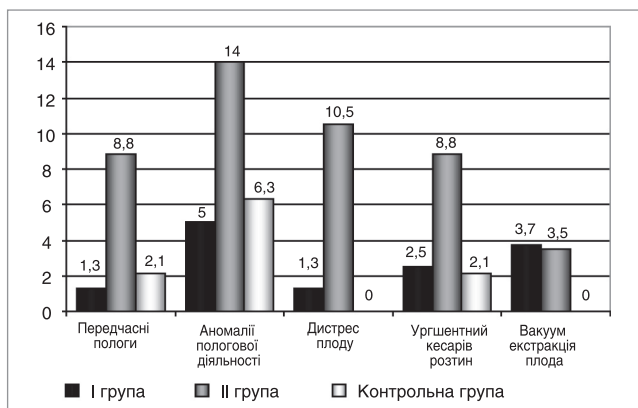


**Рис. 1.** Динаміка показників ситуативної тривожності в групах дослідження

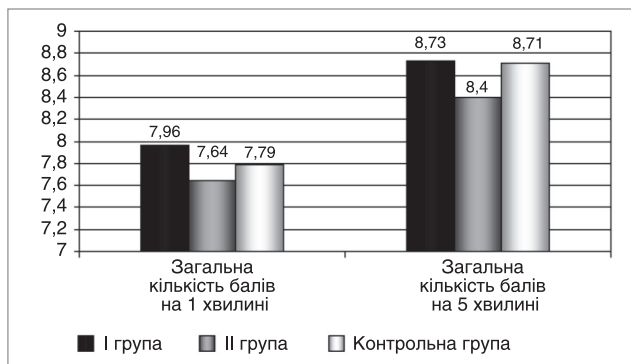
Частота патологічних пологів, структура яких наведена на рис. 2, у II групі була найвищою і склала 49,1%, що удвічі перевищувало відповідний показник I групи — 22,5% ( $p < 0,05$ ).

У більшості жінок I (98,7%) та контрольної (97,9%) груп пологи були терміновими. Разом з тим у II групі їх частота склала 91,2%, що обумовлено достовірно вищою ( $p < 0,05$ ), порівняно з вагітними I та контрольної груп, частотою передчасних пологів (рис. 2). Дистрес плоду у пологах у II групі діагностований у 6 (10,5%) випадках та лише у 1 (1,3%) в I групі ( $p < 0,05$ ). У контрольній групі випадків дистресу плоду не було.

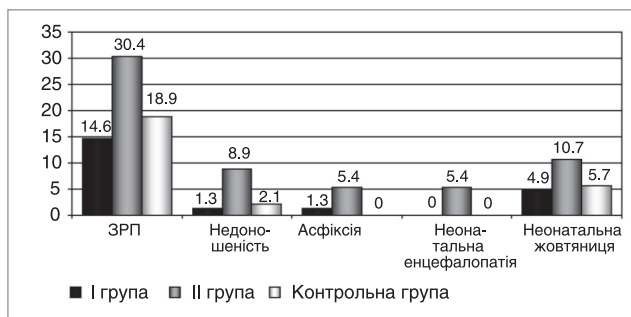
За результатами оцінки шкали Апгар (рис. 3), як у контрольній, так і у I групі загальний показник був вищим порівняно з відповідним показником II групи, однак статистично достовірна різниця встановлена лише між I та II групами ( $p > 0,05$ ).



**Рис. 2.** Характеристика ускладнень та оперативної допомоги у пологах в групах дослідження



**Рис.3.** Оцінка новонароджених за шкалою Апгар



**Рис. 4.** Характеристика перинатальних ускладнень в групах дослідження

Частота ускладнених пологів мала безпосередній вплив на зростання відсотка перинатальної патології (рис. 4). У 3 (5,4%) випадках у II групі пологи ускладнилися асфіксією, що вплинуло на частоту неонатальної енцефалопатії (5,4%), яка не була встановлена як у I, так і контрольній групах. У I групі частота асфіксії склала 1,3% а в контрольній групі була відсутня.

Частота затримки росту плода (ЗРП), при розрахунку за масо-ростовими параметрами, у II групі склала 30,4%, що удвічі перевищувало відповідний показник I групи (14,6%). У контрольній групі частота ЗРП склала 18,9%.

На підставі антропометричних досліджень новонароджених встановлена статистично достовірна ( $p < 0,05$ ) різниця між середнім показником маси у II групі ( $3320,17 \pm 142,31$  г) та групі контролю ( $3569,58 \pm 132,60$  г). За результатами морфометрії середня маса дітей, народжених жінками I групи, склала  $3449,63 \pm 101,26$  г ( $p < 0,05$ ). Частота макросомії була майже однаковою в I (10%) та II (8,8%) групах дослідження та децю вищою у контрольній групі — 14,6% ( $p > 0,05$ ).

### Висновки

1. Застосування розробленої та впровадженої програми медико-психологічної корекції вагітних на етапі санаторної реабілітації сприяє достовірному зниженню показника ситуативної тривожності у 82,5% випадків. У групі жінок, які відмовились від участі у програмі та отримували реабілітацію згідно із стандартами санаторно-курортного лікування, зниження показника ситуативної тривожності мало місце лише у 52,6% випадків.

2. Ускладнений перебіг пологів (передчасні пологи, аномалії пологової діяльності, дистрес плоду) удвічі частіше ( $p < 0,05$ ) мав місце у жінок, які не отримували медико-психологічної корекції під час санаторно-курортного лікування за розробленою програмою (група II), що,

відповідно, збільшило відсоток ургентного оперативного розродження.

3. Перинатальні наслідки розродження у жінок, які не отримували медико-психологічної корекції під час санаторно-курортного лікування за розробленою програмою (група II), характеризувалися статистично достовірно вищим рівнем асфіксії (5,4%) і, як наслідок, неонатальної енцефалопатії (5,4%).

4. На підставі антропометричних досліджень новонароджених встановлена статистично достовірна різниця між середнім показником їх маси в групі жінок, які не отримували медико-психологічної корекції за розробле-

ною програмою (група II) —  $3320,17 \pm 142,31$  г, та дітей матерів з групи контролю —  $3569,58 \pm 132,60$  г. Такі результати, насамперед, обумовлені високим відсотком ЗРП (30,4%) проти 14,6% у жінок, які пройшли медико-психологічну корекцію вагітних на етапі санаторної реабілітації за розробленою програмою, та 18,9% ЗРП у жінок групи контролю.

#### Перспективи подальших досліджень

Результати проведеного дослідження свідчать про доцільність оцінки впливу психоемоційного стану на метаболічні зрушення у вагітних та їхніх новонароджених дітей.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Астахов В. М. Методы психодиагностики индивидуально-психологических особенностей женщин в акушерско-гинекологической клинике / В. М. Астахов, И. В. Быцыева, И. В. Пузь; под ред. В. М. Астахова. — Донецк: Норд-Пресс, 2010. — 199 с.
2. Вдовиченко Ю. П. Поддержка беременности и родов в условиях социальных стрессов / Ю. П. Вдовиченко, С. И. Жук, О. Д. Щуревская. — К.: ЧП «Принт Лайн», 2014. — 64 с.
3. Карл Б. Грамматика воспитания. Время ожидания и первый год жизни ребенка / Карл Бриш. — М.: Тервинф, 2013. — 210 с.
4. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика / И. Г. Малкина-Пых — М.: Эксм, 2010. — 1024 с.
5. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : учеб. пособ. / В. Д. Менделевич. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 432 с.
6. Муханова И. Ф. Психология беременной женщины / И. Ф. Муханова, С. В. Игнатова, В. Е. Лунев. — Макеевка: Полипресс, 2009. — 434 с.
7. Нечаева М. А. Психологические факторы онтогенеза материнской сферы, внутренней картины беременности и перинатального развития / М. А. Нечаева, Л. Ф. Рыбалова, А. В. Штрахова. — Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2005. — 59 с.
8. Перинатальная психология и психиатрия : учеб. пособ. в 2 т. / Н. Н. Володин, П. И. Сидоров, Г. А. Чумакова [и др.]; под ред. Н. Н. Володина, П. И. Сидорова. — Т. 1: — М.: ИЦ «Академия», 2009. — 304 с.
9. Психика и роды / Гармашева Н. Я. Константинова Н. Н., Белич А. И. [и др.]; под ред. Э. К. Айламазяна. — СПб.: АОЗТ «Яблочко СО», 1996. — 120 с.
10. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособ. / Д. Я. Райгородский (редактор составитель). — Самара: Бахрах-М, 2002. — 672 с.
11. Сергиенко Е. А. Контроль поведения как субъективная регуляция / Е. А. Сергиенко, Г. А. Виленская, Ю. В. Ковалева. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. — 352 с.
12. Стандарты (клінічні протоколи) санаторно-курортного лікування / за заг. ред. М. В. Лободи, К. Д. Бабова, Т. А. Золотарьової, Л. Я. Гріняєвої. — К.: «КІМ», 2008. — 384 с.
13. Филиппова Г. Г. Психология материнства: учеб. пособие / Г. Г. Филиппова. — М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. — 240 с.
14. Янус Л. Устойчивый эффект пренатального опыта. Эхо из лона: пер. с англ. / Л. Янус. — К.: ЦП «Комприт», 2013. — 290 с.
15. Huizink A. C. Prenatal stress and risk for psychopathology: specific effects or induction of general susceptibility? / A. C. Huizink, E. J. H. Mulder, J. K. Buitelaar // Psychological Bulletin. — 2004. — Vol. 130. — P. 115–142.
16. Rice F. The impact of gestational stress and prenatal growth on emotional problems in offspring: a review / F. Rice, I. Jones, A. Thapar // Acta Psychiatrica Scandinavica. — 2007. — Vol. 115. — P. 171–183.
17. Talge N. M. Fetal and neonatal experience on child and adolescent mental health / N. M. Talge, C. Neal, V. Glover // Journal of Child Psychology and Psychiatry. — 2007. — Vol. 48. — P. 245–261.

### Оценка влияния программы медико-психологической коррекции и санаторной реабилитации беременных на состояние новорожденных и течение их раннего неонатального периода

**В.Г. Сюсюка, Ю.В. Котлова**

Запорожский государственный медицинский университет, Украина

**Цель:** оценить эффективность программы медико-психологической коррекции в снижении уровня тревожности и ее влияние на состояние новорожденных и течение их раннего неонатального периода.

**Пациенты и методы.** Обследовано 210 беременных во II и III триместрах. Первую группу составили 80 беременных со средним и высоким уровнем ситуативной тревожности, которые приняли участие в комплексной программе медико-психологической коррекции и санаторной реабилитации. Вторую группу составили 57 беременных, отказавшиеся от медико-психологической коррекции и получавшие только стандартное санаторно-курортное лечение. Контрольную группу составили 48 беременных с низким уровнем тревожности (30 баллов и ниже). Индивидуально-психологические особенности беременных и их психоэмоциональное состояние оценивали с использованием комплекса психодиагностических методов.

**Результаты.** Применение программы медико-психологической коррекции беременных на этапе санаторной реабилитации способствовало достоверному снижению показателя ситуативной тревожности в 82,5% случаев. В группе женщин, получавших только стандартное санаторно-курортное лечение, снижение показателя ситуативной тревожности имело место лишь в 52,6% случаев.

**Выводы.** Медико-психологическая коррекция, проведенная на этапе санаторной реабилитации беременных, влияя на уровень тревожности, способствует снижению акушерских (преждевременные роды, аномалии родовой деятельности, дистресс плода) и перинатальных осложнений (асфиксия, неонатальная энцефалопатия, задержка роста плода).

**Ключевые слова:** беременность, ситуативная тревожность, состояние новорожденных, перинатальные осложнения.

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA. 2014.8(64):31–35; doi 10.15574/SP.2014.64.31

**Estimation of influence of medical and psychological correction and sanatorium rehabilitation of pregnant women program on state of newborns and course of their early neonatal period**

*V.G. Syusyuka, Yu.V. Kotlova*

State Medical University of Zaporizhzhya

**Hypothesis of investigation** - medical and psychological correction was made at the stage of sanatorium rehabilitation of pregnant women; having influence on the anxiety level the correction enables decrease of obstetrical and perinatal complications.

**Object of the work** - is to estimate efficiency of developed and implemented medical and psychological program in decrease of anxiety level and to estimate its influence on the state of newborns and course of their early neonatal period.

**Group of examined women and methods of investigations.** 210 pregnant women were examined in II and III trimesters. Group I - is 80 pregnant women with middle and high level of the state anxiety (SA) who participated in complex program of medical and psychological correction and sanatorium rehabilitation. Group II - is 57 pregnant women who refused to participate in medical and psychological correction. Control group included 48 pregnant women with anxiety level of 30 points and lower which characterizes low level of the SA. Individual and psychological features of pregnant women and their psychological and emotional state were investigated by means of set of psychological and diagnostic methods.

**Results of investigations and their discussion.** Results of conducted investigation indicate that use of the developed and implemented program of medical and psychological correction of pregnant women at the stage of sanatorium rehabilitation enables accurate decrease of the state anxiety factor in 82.5% of cases. Group of women who refused to participate in the program and got rehabilitation under the standards of sanatorium-resort therapy, decrease of the state anxiety factor occurred only in 52.6% of cases.

**Conclusion.** Medical and psychological correction was made at the stage of sanatorium rehabilitation of the pregnant women; having influence on the anxiety level it enables decrease of obstetric (preterm delivery, abnormalities of labour process, distress of fetus) and perinatal complications (asphyxia, neonatal encephalopathy, growth retardation of fetus).

**Key words:** pregnancy, state anxiety, state of newborns, perinatal complications.

**Сведения об авторах:**

**Сюсюка Владимир Григорьевич** — к.мед.н., доц. каф. акушерства и гинекологии ЗДМУ.

Адрес: г. Запорожье, пр. Маяковского, 26; E-mail [svg.zp@i.ua](mailto:svg.zp@i.ua).

**Котлова Юлия Валентиновна** — к.мед.н., доц. каф. детских болезней факультета последипломного образования ЗДМУ.

Адрес: г. Запорожье, пр. Маяковского, 26.

Статья поступила в редакцию 1.12.2014 г.

**НОВОСТИ**

**Фрукты снижают риск развития депрессии**

Достаточно съесть, по меньшей мере, два фрукта в день, чтобы избежать депрессии. Это выяснили ученые из Университета Квинсленда. В исследовании приняли участие 6000 женщин из Австралии, передает [meddaily.ru](http://meddaily.ru) со ссылкой на SBS. Женщины, употреблявшие, как минимум, две порции фруктов в день, реже страдали от депрессии, чем те, кто ел меньше фруктов.

Исследователи не обнаружили связи между потреблением овощей и депрессией. Они отмечают: необходимы дальнейшие исследования различий между фруктами и овощами. По мнению ученых, разница обусло-

влена тем, что во фруктах, в отличие от овощей, содержится много противовоспалительных соединений и антиоксидантов, таких как ресвератрол.

В другом исследовании, проведенном ранее, 33,5% людей с высокими показателями психического благополучия съедали в день минимум пять порций овощей и фруктов. Они оптимистично смотрели на вещи, ощущали радость, были уверены в себе, имели хорошие отношения с окружающими и могли быстро восстанавливать душевные силы. Среди людей, съевших меньше одной порции, таковых было только 6,8%.

*Источник: med-expert.com.ua*