

Изучение эффективности применения препарата Импаза у пациентов с эректильной дисфункцией и гипогонадизмом

Ю.Н. Гурженко, А.М. Корниенко, В.Е. Лучицкий

Институт урологии АМН Украины, г. Киев

В настоящее время во всем мире независимо от уровня экономического развития страны отмечается устойчивая тенденция к повышению частоты половых расстройств у мужчин [1, 2]. Это чаще всего обусловлено психо-эмоциональными перегрузками, стрессами, ухудшением экологической ситуации, вредными факторами производства, снижением общего тонуса организма, инволютивными изменениями у мужчин [3, 4]. Кроме того, значительно возросли требования к уровню качества жизни, особенно у мужчин среднего и пожилого возраста, количество которых в процентном отношении постоянно увеличивается во всем мире. Важным аспектом качества жизни человека является сексуальная гармония [1]. Распространенность эректильной дисфункции (ЭД) среди мужчин всех возрастов оценивают в 10%, а в группе мужчин 40–70 лет она достигает 52%. Причины ЭД разнообразны, но наиболее часто это состояние обусловлено психогенными факторами и нарушением кровообращения при заболеваниях сосудов. ЭД оказывает негативное влияние на качество жизни, самооценку, взаимоотношения с сексуальным партнером [2, 3, 5].

Установлено, что ЭД в значительной степени является излечимым состоянием. В настоящее время стал доступен целый ряд лекарственных средств, предназначенных для лечения этого заболевания [2, 3, 5, 6].

Актуальным вопросом терапии расстройств эрекции остается поиск новых лекарственных препаратов с максимальной эффективностью при минимальном числе побочных эффектов. Исходя из этого, весьма актуальными представляются разработка и внедрение новых средств профилактики и лечения сексуальных расстройств у мужчин. Важным является поиск стимулирующих средств естественного происхождения, которым потребители отдают предпочтение перед продукцией химического синтеза. На основе этих положений нами проведено клиническое испытание эффективности нового гомеопатического препарата Импаза, который разработала фирма «НПФ Материя-Медика Холдинг» (Россия) для лечения ЭД. Действующее вещество Импазы – аффинно очищенные антитела к эндотелиальной NO-синтазе (eNOS) в сверхнизких дозах (смесь гомеопатических разведений C12, C30 и C200) в условиях недостаточной активности eNOS воспроизводит активность эндогенного регулятора эрекции в модифицированном виде и модулирует физиологические реакции с его участием [5, 6]. В результате воздействия сверхнизких доз антител восстанавливается и повышается активность eNOS – одного из ключевых ферментов в регуляции эректильной функции. Описать периферический механизм действия Импазы можно так: повышение активности NO-синтазы приводит к восстановлению способности эндотелия кавернозной ткани вырабатывать NO в объемах, достаточных для индуцирования полноценной эрекции [5].

Результаты клинических исследований позволили предположить наличие у Импазы наряду с периферическим и

центрального механизма действия, с которым связано повышение либидо и улучшение качества оргазма, удовлетворенность половым актом и улучшение качества жизни пациентов в целом.

Цель работы: изучение эффективности препарата Импаза у пациентов с ЭД на фоне гипогонадизма.

Задачи исследования:

1. Провести сравнительную оценку эффективности лечения больных, получающих:
 - монотерапию препаратом Импаза (1 таблетка в день + 1 таблетка «по требованию» 2 раза в неделю) в течение 3 мес;
 - монотерапию инъекционным тестостероном;
 - комбинированную терапию (тестостерон + Импаза).
2. Провести оценку кавернозного кровотока у пациентов в перечисленных выше группах.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании принимали участие 60 пациентов с гипогонадизмом, страдающих ЭД.

Критерии включения:

- мужчины в возрасте 18–45 лет, имеющие сексуального партнера;
- клинический диагноз «эндокринная половая дисфункция», поставленный до начала скрининга и подтвержденный документально;
- информированное письменное согласие пациента на участие в исследовании;
- способность пациента к адекватному сотрудничеству в процессе исследования.

Критерии исключения:

- установленная гиперчувствительность к компонентам исследуемого препарата;
- пациенты с анатомическими деформациями гениталий (в том числе ангуляцией, кавернозным фиброзом, болезнью Пейрони и др.);
- пациенты с наличием других сексуальных расстройств, которые считаются первичными по отношению к диагнозу ЭД (например, снижение сексуального влечения);
- пациенты, которым по состоянию здоровья рекомендовано избегать сексуальной активности;
- пациенты, которым проводят любое другое лечение нарушений эректильной функции и они не соглашаются прекратить лечение в период исследования;
- необходимость в назначении нереконструируемых методов лечения;
- любые клинически значимые отклонения показателей лабораторных исследований, требующие дополнительного обследования и интерпретации данных;
- любые другие сопутствующие заболевания или острые состояния, наличие которых способно существенно повлиять на результаты исследования.

Таблица 1

Динамика показателей Международного индекса эректильной функции

Показатель	Контрольная группа		1 клиническая группа		2 клиническая группа	
	Исходно	4 нед	Исходно	4 нед	Исходно	4 нед
Достижение эрекции (МИЭФ 1)	2,0±0,2	3,0±0,2*	2,1±0,3	4,2±0,3**	2,1±0,2	3,9±0,1**
Эрекция при сексуальной стимуляции (МИЭФ 2)	2,1±0,2	3,5±0,2*	2,3±0,3	4,1±0,2**	2,3±0,3	3,9±0,2**
Достаточность эрекции (МИЭФ 3)	2,3±0,3	3,5±0,2*	2,2±0,3	4,4±0,3**	2,2±0,2	4,6±0,4**
Сохранение эрекции (МИЭФ 4)	2,2±0,2	3,8±0,3*	2,1±0,3	3,9±0,4*	2,1±0,3	4,6±0,4**
Эрекция до завершения полового акта (МИЭФ 5)	2,2±0,3	3,6±0,2*	2,3±0,3	3,9±0,1**	2,2±0,3	3,9±0,2**
Число попыток совершить половой акт (МИЭФ6)	2,1±0,3	3,4±0,3*	2,0±0,3	3,9±0,2**	1,9±0,3	3,8±0,3*
Удовлетворенность половым актом (МИЭФ 7)	2,2±0,3	3,7±0,2*	2,1±0,3	4,6±0,4**	2,1±0,4	3,6±0,2*
Удовольствие от полового акта (МИЭФ 8)	1,8±0,2	2,9±0,2*	1,9±0,3	3,9±0,2**	2,2±0,4	3,4±0,3*
Частота эякуляций (МИЭФ 9)	2,2±0,4	3,2±0,2*	2,1±0,4	3,4±0,2*	2,2±0,4	3,7±0,2*
Частота оргазмов (МИЭФ 10)	2,0±0,4	3,8±0,4*	2,2±0,4	4,9±0,4**	2,0±0,4	2,9±0,2*
Сексуальное желание (частота) (МИЭФ 11)	2,3±0,3	3,2±0,2*	2,2±0,3	4,4±0,2**	2,3±0,3	3,2±0,2*
Сексуальное желание (степень) (МИЭФ 12)	2,0±0,2	2,7±0,1*	2,0±0,2	4,5±0,1**	2,1±0,3	2,9±0,2*
Удовлетворенность сексуальной жизнью в целом (МИЭФ 13)	1,5±0,2	2,7±0,2*	1,4±0,2	3,7±0,2**	1,2±0,3	4,4±0,2**
Удовлетворенность сексуальными отношениями с партнершей (МИЭФ 14)	2,0±0,3	3,1±0,1*	2,2±0,3	3,9±0,1**	1,8±0,2	4,5±0,1**
Уверенность в достижении и поддержании эрекции (МИЭФ 15)	2,0±0,2	3,3±0,2	2,0±0,2	3,9±0,2	2,0±0,2	3,7±0,2**

Примечание: * – p<0,05 между исходными значениями и показателями через 4 нед; ** – p<0,05 между клиническими и контрольной группами.

Таблица 2

Динамика интегративных показателей Международного индекса эректильной функции

Показатель	Контрольная группа		1 клиническая группа		2 клиническая группа	
	Исходно	4 нед	Исходно	4 нед	Исходно	4 нед
Удовлетворенность половым актом	7,77±0,43	11,15±0,58*	7,52±0,35	14,38±0,62**	7,57±0,45	13,12±0,51*
Оргазм	5,27±0,21	7,73±0,32*	5,12±0,18	9,68±0,31**	5,17±0,23	8,23±0,35*
Либи́до	6,35±0,32	9,74±0,63*	6,75±0,54	12,22±0,71**	6,25±0,38	11,4±0,68*
Общая удовлетворенность	4,11±0,33	6,31±0,31*	4,26±0,32	8,69±0,47**	4,21±0,31	7,81±0,32*

Примечание: * – p<0,05 между исходными значениями и показателями через 4 нед; ** – p<0,05 между группами.

Программа обследования: анкетирование МИЭФ; РФГ; оценка гормональных показателей (тестостерон общий, ПРЛ, ЛГ, ФСГ, эстрадиол); исследование биохимических показателей крови.

Дизайн исследования: 1-я (клиническая) группа – 30 мужчин с эндокринной половой дисфункцией (прием препарата Импаза в комбинации с тестостероном). Возраст исследуемых мужчин 34–45 лет. Длительность заболевания ЭД от 6 мес до 4 лет, а длительность гипогонадизма от 1 до 6 лет.

2-я (клиническая) группа – 30 мужчин с эндокринной половой дисфункцией (прием инъекционного тестостерона). Возраст исследуемых мужчин 31–48 лет. Длительность заболевания ЭД от 6 мес до 4 лет, а длительность гипогонадизма от 1 до 6 лет.

3-я (контрольная) группа: 30 мужчин с эндокринной половой дисфункцией (монотерапия препаратом «Импаза»). Возраст исследуемых мужчин 32–43 лет. Длительность заболевания ЭД от 9 мес до 5 лет, а длительность гипогонадизма от 1 до 5 лет.

После первого визита и включения пациентов в исследование проводили анкетирование, лабораторное и инструментальное обследование. По окончании курса произ-

водили повторное анкетирование и клинико-лабораторное обследование с последующей сравнительной оценкой эффективности влияния каждого метода на кавернозную гемодинамику.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Все 60 пациентов (по 30 мужчин из 1 и 3 групп) с наличием клинически и лабораторно подтвержденного диагноза гипогонадизма получали препарат Импаза по 1 таблетке через день независимо от полового акта. Таблетку рекомендовалось принимать независимо от приема пищи и держать во рту до полного рассасывания. Продолжительность лечения составляла 3 мес. Кроме того, таблетку принимали аналогичным образом за 1 ч до полового акта. За время лечения не было зафиксировано ни одного нежелательного побочного явления или осложнения. Пациенты 1 и 2 групп получали дополнительно препарат Омнадрен по 1 ампуле внутримышечно 1 раз в месяц № 3.

Результаты исследования показателей анкеты Международного индекса эректильной функции в клинической и контрольной группах приведены в табл. 1 и 2.

Таблица 3

Оценка качества эрекции у пациентов, страдавших сексуальными расстройствами и гипогонадизмом

Оценка качества эрекции	Контрольная группа		1 клиническая группа		2 клиническая группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Отсутствие эрекции	19 (63,3%)	0 (0%)	20 (66,7%)	0 (0%)	19 (63,3%)	0 (0%)
Тумесценция без ригидности	5 (16,7%)	12 (40%)	4 (13,3%)	5 (16,7%)	4 (13,3%)	4 (13,3%)
Частичная эрекция	6 (20%)	6 (20%)	6 (20%)	6 (20%)	7 (23,4%)	11 (36,7%)
Полная эрекция	0 (0%)	12 (40%)	0 (0%)	19 (63,3%)	0 (0%)	15 (50%)

Таблица 4

Состояние кавернозного кровотока у пациентов с сексуальными расстройствами и гипогонадизмом

Исследуемые показатели	Контрольная группа		1 клиническая группа		2 клиническая группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Реографический индекс, РИ	0,34±0,01	0,42±0,02 p < 0,05	0,32±0,02	0,66±0,03 p < 0,01 p ₁ > 0,1	0,34±0,02	0,56±0,03 p < 0,01 p ₁ > 0,1
Удельный кровоток, dV	0,138±0,003	0,147±0,007 p > 0,1	0,133±0,006	0,166±0,004 p > 0,05 p ₁ > 0,05	0,136±0,006	0,158±0,004 p > 0,05 p ₁ > 0,05
Минутный кровоток, Qмин	9,54±0,36	10,29±0,46 p > 0,1	9,24±0,60	11,95±0,41 p > 0,05 p ₁ > 0,1	9,12±0,50	10,44±0,41 p > 0,05 p ₁ > 0,1

Примечание: p – достоверность различий показателей до и после лечения; p₁ – достоверность различий показателей между группами.

Оценка качества эрекции производилась пациентами по предложенной шкале: 0 – отсутствие; 1 – тумесценция полового члена без ригидности; 2 – ригидность, достаточная для проведения коитуса; 3 – полная эрекция.

По данным табл. 3 установлена заметная тенденция к улучшению эрекции по субъективной оценке обследованных в результате приема изучаемого лекарственного средства. Так, если до лечения полной эрекции не было ни у одного из больных, а частичная эрекция – только у 6 (20,2%), то после курса приема препарата полная эрекция восстановилась у 19 (63,3%), а в целом способными к проведению коитуса оказались 25 (83,3%) пациентов. В то же время в контрольной группе способность к достижению частичной или

Таблица 5

Показатели кавернозного кровотока по результатам доплерультрасонографии

Показатель	До лечения, M±SD	После лечения, M±SD
Систолический кровоток, мл/с	11,3±2,6	27,9±3,2*
Диастолический кровоток, мл/с	6,3±1,1	2,5±0,5*

Примечание: * – p < 0,05.

Таблица 6

Состояние основных биохимических показателей крови у пациентов, страдающих сексуальными расстройствами и гипогонадизмом

Исследуемые показатели	Контрольная группа		1 клиническая группа		2 клиническая группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Общий белок, г/л	75,80±1,44	74,32±0,96 p > 0,1 p ₁ > 0,1	74,10±0,82	74,15±1,37 p > 0,1	72,10±1,2	73,15±1,55 p > 0,1
АлАТ, ммоль/ч л	0,39±0,1	0,37±0,08 p > 0,1 p ₁ > 0,1	0,38±0,09	0,38±0,16 p > 0,1	0,36±0,1	0,35±0,1 p > 0,1
АсАТ, ммоль/ч л	0,22±0,08	0,23±0,07 p > 0,05 p ₁ > 0,1	0,24±0,03	0,28±0,04 p > 0,1	0,26±0,05	0,24±0,08 p > 0,1
Креатинин, ммоль/л	0,093±0,03	0,094±0,02 p > 0,1 p ₁ > 0,1	0,087±0,07	0,091±0,04 p > 0,1	0,092±0,02	0,093±0,05 p > 0,1
Мочевина, ммоль/л	4,13±0,15	4,22±0,11 p > 0,1 p ₁ > 0,1	4,12±0,19	4,22±0,09 p > 0,05	4,18±0,25	4,31±0,12 p > 0,05

Примечание: p – достоверность различий показателей до и после лечения; p₁ – достоверность различий показателей между группами.

Таблица 7

Анализы результатов гормональных исследований сыворотки крови в динамике

Показатели	Контроль	Контрольная группа		1 клиническая группа		2 клиническая группа	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Т (нмоль/л)	n=17 21,8±2,1	13,3±0,5 p<0,01	22,1±0,8 P>0,01	13,6±0,33 p<0,01	21,3±0,48 p<0,01	14,6±0,4 p<0,01	16,3±0,5 p<0,01
ЛГ (МЕ/л)	n=17 8,9±0,6	6,2±0,4 p<0,05	9,2±1,6 p<0,01	6,8±0,37 p<0,05	8,2±1,9 p<0,01	6,4±0,4 p<0,05	8,7±1,6 p<0,01
ФСГ (МЕ/л)	N=17 3,7±0,3	6,8±0,3 p<0,05	3,8±0,3 P>0,01	6,6±0,22 p<0,05	7,1±0,35 p<0,05	6,8±0,3 p<0,05	7,4±0,4 p<0,05
Пролактин (нг/мл)	2,6–7,2 нг/мл	6,3±1,5 p<0,05	7,5±1,5 p<0,05	6,6±0,91 p<0,05	p<0,05	6,5±1,0 p<0,05	7,2±1,2 p<0,05
Эстрадиол pmol/l	40–161 pmol/l	132,1±3,8 p<0,05	128,8±3,5 p<0,05	128,3±3,8 p<0,05	126,1±3,9 p<0,05	125,4±4,5 p<0,05	127,4±4,5 p<0,05

Примечание: p – достоверность разницы по сравнению со здоровыми людьми.

Таблица 8

Результаты лечения пациентов с ЭД и гипогонадизмом

Группы больных	Оценка эффективности лечения больных, абс. число (%)			
	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
1-я группа (30 человек) - Импаза + Омнадрен	19 (63,3)	6 (20)	5 (16,7)	0
2-я клиническая группа (30 человек) - Омнадрен	15 (50%)	4 (13,3%)	11 (36,7%)	0
3-я контрольная группа (30 пациентов) - Импаза	6 (20)	6 (20)	6 (20)	12 (40)

полной эрекции после проведения базовой терапии отмечена у 18 из 30 (60% обследованных). Очевидно, что включение в курс комплексной терапии сексуальных расстройств у мужчин с гипогонадизмом препаратов тестостерона и Импазы повысило эффективность лечения на 23,3%. В группе, получавшей только Омнадрен, эффективность терапии повысилась на 13,3%.

Для объективизации полученных результатов в клинической и контрольной группах нами проведена оценка состояния кавернозного кровотока с помощью метода реофаллографии (табл. 4).

Как следует из данных табл. 4, из трех изучаемых параметров кровотока в кавернозных телах полового члена статистически достоверно увеличивается только реографический индекс. Что касается удельного и минутного кровотока, то эти показатели также обнаруживают тенденцию к повышению, однако достоверных отличий не выявлено во всех изучаемых группах.

Изменения кавернозного кровотока при доплерульตราографии показали статистически и клинически значимые изменения при комплексном лечении: увеличение скорости систолического кровотока и уменьшение диастолического (табл. 5).

Для уточнения оценки влияния препарата на функцию печени и почек, а также на белковый обмен проведено биохимическое исследование крови. Основные параметры представлены в табл. 6.

Полученные результаты подтверждают отсутствие нефро- и гепатотоксического эффекта у изучаемого препарата. Достоверных отличий в содержании в плазме крови общего белка, трансаминаз, креатинина и мочевины от нормы не выявлено.

Состояние гипофизарно-гонадной системы оценивали по показателям содержания в плазме периферической крови тестостерона (Т), лютропина (лютеинизирующего гормона – ЛГ), фоллитропина (фолликулостимулирующего гормона – ФСГ), а также пролактина (ПРЛ) и эстрадиола (Э₂).

Анализы результатов гормональных исследований в динамике приведены в табл. 7.

У больных клинической и контрольной групп до лечения наблюдается значительное снижение Т в целом по группе до 13,3–16,3 нмоль/л. При лечении больных как клинической, так и контрольной групп, отмечается увеличение содержания Т в сыворотке периферической крови. У пациентов клинических групп это увеличение достигает достоверных величин, у пациентов контрольной группы обнаружена тенденция увеличения содержания Т.

Полученные данные свидетельствуют не только о возрастном снижении эндокринной функции яичек у исследуемых пациентов. Уровень гонадотропных гормонов у данного контингента больных находится в обратной корреляционной связи с уровнем Т. Тенденция к снижению или достоверному повышению Т сопровождается тенденцией к повышению или снижению уровня циркулирующих ЛГ и ФСГ, что и отражено в табл. 7. Особенно увеличено количество ФСГ, а уровень ЛГ в целом по группе не выходит за пределы возрастной нормы. В процессе лечения у больных с повышением уровня ФСГ отмечена тенденция к снижению этого показателя в клинических группах.

Таким образом, при гипогонадизме на определенном этапе развития болезни изменения функции гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы у мужчин зрелого репродуктивного возраста протекают по типу инволюционных сдвигов с тенденцией к снижению андрогенной активности яичек и повышению гонадотропной функции аденогипофиза, что способствует нарушению эректильной функции пациентов. Для ее коррекции в клинической группе и применяли препарат тестостерона, что позволило добиться лучших результатов лечения ЭД. Импаза усиливает эффект тестостерона, что по видимому подтверждает наличие у препарата центрального механизма действия.

Нами совместно с пациентами была проведена интегративная оценка эффективности лечения в обеих группах и ее результаты представлена в табл. 8.

Из данных табл. 8 видно, что результат «отлично» и «хорошо» в различных группах отличается. Так у больных контрольной группы он составил 12 (40,0%) из 30 больных; у па-

циентов клинических групп – 25 (83,3%) из 30 и 19 (63,3%) из 30 пациентов соответственно в 1-й и 2-й группах.

Таким образом, можно сделать вывод, что Импаза в комплексном лечении ЭД дисфункции при гипогонадизме у мужчин является эффективным средством лечения. Учитывая, что препарат не обладает побочными действиями, его можно рекомендовать больным с гипогонадизмом в комплексном лечении с препаратами тестостерона.

ВЫВОДЫ

1. У больных с гипогонадизмом эффективность лечения ЭД препаратами тестостерона в виде монотерапии составляет 63,3%, в комплексном патогенетическом лечении с препаратом Импаза эффективность терапии составляет 83,3%.

2. У больных с ЭД, особенно в возрасте старше 35–40 лет, перед началом терапии необходимо исследовать состояние гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы для исключения гипогонадных состояний.

3. Данные исследования позволяют рекомендовать использование комплексной патогенетической терапии препаратами тестостерона и Импазы у пациентов с ЭД и гипогонадизмом.

Вивчення ефективності застосування препарату Імпаза у хворих з еректильною дисфункцією та гіпогонадизмом

О.М. Корнієнко, Ю.М. Гурженко, В.Є. Лучицький

Проведена оцінка ефективності препарату Імпаза у 30 хворих із ерек-

тильною дисфункцією та гіпогонадизмом. Він виявився ефективним у 83,3% пацієнтів. Побічні явища не виявлені.

Ключові слова: еректильна дисфункція, гіпогонадизм, консервативне лікування, Імпаза.

Studying of efficiency of use of medicine Impaza for treatment of erectile dysfunction and hypohonadism

O.M. Kornienko, Y.M. Gurzhenko, V.E. Luchytskiy

The estimation of efficiency of medicine Impaza at 30 patients with erectile dysfunction and hypohonadism was lead. It was effective at 83,3% of patients. By-effects are not revealed.

Keywords: erectile dysfunction, hypohonadism, conservative treatment, Impaza.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горпинченко И.И. Особенности половых функций и сексуальных расстройств у мужчин среднего и пожилого возраста. Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – Киев, 1986. – 41 с.
2. Клінічна сексологія і андрологія/ За ред. О.Ф. Возіанова, І.І. Горпинченка. – К.: Здоров'я, 1996. – 536 с.
3. Порудоминский И.М. Половые расстройства у мужчин. – М., 1968. – 444 с.
4. Щеплев П.А. Лечение эректильной дисфункции (оперативное и интракавернозные инъекции)// Материалы IX
5. Всерос. съезда урол. – М., – 1997. – С. 413–417.
5. Knoll L.D., Benson R.C., Bilhartz D.L., Minich P.J., Furlow W.L. A randomized crossover study using Johimbine and isoxsuprine versus Pentoxifylline in the management of vasculogenic impotence. J. Urol. 1996,155(1): 144–146.
6. Abelson, Diagnostic value of the penile pulse and block pressure: A doppler study of impotence in diabetics. – J. Urol., 1975, v. 113.5. – P. 636–639.

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

С Е К С У А Л Ь Н О С Т Ь О П Р Е Д Е Л Я Е Т С Я Ц В Е Т О М В О Л О С

Профессор сексологии Вернер Хабермейль из Гамбурга провел интересное исследование. Он попытался выяснить, как зависит сексуальная жизнь женщины от цвета ее волос.

Выяснилось, что блондинки, несмотря на свою разрекламированную в анекдотах привлекательность, оказались, чуть ли не на последнем месте.

"Сексуальная жизнь рыжеволосых женщин отчетливо более активна, чем женщин с другим цветом волос. Рыжие имели боль-

шее количество партнеров и занимались любовью намного чаще, чем блондинки, брюнетки и шатенки. Огневолосые дамы подтвердили свою огненную репутацию", - отметил специалист.

Хабермейль добавил, что те женщины, что красят волосы в рыжий цвет, сигнализируют о том, что они ищут партнера: "Даже те женщины, что давно находятся в стабильных отношениях косвенно говорят партнерам о том, что они не чувствуют себя счастливыми, если красят волосы

в рыжий цвет. Они просто кричат о том, что ищут кого-то лучшего".

Психолог Кристин Бауманнс говорит, что рыжеволосые, на самом деле, ничем не отличаются от других женщин, за исключением того, что: "Рыжий цвет отвечает за страсть, и когда мужчина видит рыжеволосую даму, он думает, что общается с женщиной, которая не будет ходить вокруг да около, и сразу перейдет к сексуальным отношениям".

<http://www.medic-bis.com.ua>