

**На правах рукописи**

**УДК 616.12-008.331.1-085-05.**

**НЕГМАТОВА ГУЛНОРА МАНСУРОВНА**

**ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ ЛИЧНОСТИ И СЕМЕЙНЫХ УСТАНОВОК  
У ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С НЕДОСТАТОЧНОЙ  
ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ**

**Автореферат**

**Диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук**

**по специальности 14.01.04 - внутренние болезни**

**Душанбе -2019**

Работа выполнена на кафедре пропедевтики внутренних болезней  
Таджикского государственного медицинского университета имени Абуалиибни  
Сино

**Научный руководитель:** доктор медицинских наук, профессор

**Шарипова Хурсанд Ядгаровна**

**Официальные оппоненты:**

**Ведущая организация:**

Защита диссертации состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 201 года в \_\_\_\_ часов на  
заседании диссертационного совета ...при бД. КОА – 038 при ГОУ ТГМУ им.  
Абуали ибни Сино. Адрес:734003, г. Душанбе, проспект Рудаки,  
139,tajmtdun.@tj, +992918724088

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ Таджикский  
государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино.

Автореферат разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

**Ученый секретарь диссертационного  
совета кандидат медицинских.наук**

**Джамолова Р.ДЖ.**

## Введение

**Актуальность.** В области изучения проблем эссенциальной артериальной гипертензии (АГ) в 60-80-е годы двадцатого столетия во всем мире отмечался научно-технический прогресс, был разработан ряд антигипертензивных препаратов (АГП), влияющие на разные звенья патогенеза АГ. Казалось бы, наличие широкого спектра антигипертензивных препаратов облегчает задачу достижения целевого уровня артериального давления (АД), однако уже к концу столетия стали появляться данные об учащении рефрактерных к терапии форм АГ [Щекотов В.В., 1994; Табакьян Е.А., 1999; Najjar I., Kotchen T.A., 1998-2000] и сложность контроля АД в настоящее время считается одной из актуальных проблем кардиологии [Карпов Ю.Ф., 2009-2012; Кобалава Ж.Д., с соавт., 2012-2015; Конради А.О., 2009-2014; Чазова И.Е. с соавт., 2010-2016].

Установлено, что недостаточная эффективность фармакотерапии в сочетании с многочисленными способами немедикаментозной коррекции АГ, обуславливают достижение целевого уровня (ЦУ) АД (контролируемая АГ – КАГ) не более чем у 30 % пациентов [Оганов Р.Г. с соавт., 2008; Чазова И.Е. с соавт., 2009; Pimenta E. с соавт., 2009]. В этом отношении, особый интерес представляет первичная АГ, резистентная к АГТ (РАГ), которая диагностируется при отсутствии стойкого достижения целевого уровня АД на фоне применения 3-х АГП разных классов (включая диуретик) в оптимальных дозах [Цибулькин Н.А., 2013; Чазова И.Е., 2011; Brookes L., 2008; A. Dela Sierra, 2011].

Данные крупнейшей программы, инициированной РМОАГ «ПРОРЫВ» показали большую распространённость неконтролируемой и резистентной АГ с преобладанием у женщин [Карпов Ю.А., 2012]. Существенный вклад в изучении проблем повышения эффективности антигипертензивной терапии (АГТ) РАГ внесли результаты двухэтапной программы РЕГАТА (организованная РМОАГ). Результаты данной программы в значительной мере способствовали изучению вторичных форм резистентности к АГТ, ПОМ, частоты РАГ у мужчин и женщин, позволили совершенствовать подходы к диагностике РАГ и неконтролируемой АГ (НКАГ), оптимизировать методы её фармакотерапии [Чазова И.Е. с соавт., 2008-2016 гг].

В настоящее время мнение о доброкачественном и мягком течении АГ в странах со средним и низким уровнями дохода, требует доказательных данных [ВОЗ, 2014]. АГ и её осложнения (ИБС, инсульты) преимущественно поражают людей трудоспособного среднего возраста, психо-физиологические особенности которого могут создавать дополнительный риск более тяжёлого течения заболевания [Чазов Е.И., 2004]. Актуальность изучения гендерных характеристик личности у пациентов среднего возраста с АГ связана с высокой динамикой социальных процессов, формирующих социальные факторы риска здоровью, в

первую очередь, затрагивающие трудоспособную группу населения и проявляющиеся через индивидуальное поведение личности [Андреева Т.В., 2006; Тихонова Г.И., 2009; Дугин А. Г., 2010; Рогачева Т.В., 2010].

В Таджикистане, как и в других странах Центральной Азии, высокая динамика социальных детерминант ускоряет процесс трансформации установок о социальной роли женщины не только в сторону эгалитаризации, но и маскулинизации (вынужденная социальная активность женщин с финансовой поддержкой семьи, появление решительности, независимости, жёсткости). При таких условиях, преодоление существующих гендерных предубеждений, как и гендерных конфликтов, становится фактором постоянно и негативно действующим на психо-эмоциональную сферу личности, как мужчин, так и женщин. Однако гендерные показатели личности и семьи у пациентов среднего возраста с РАГ не изучены. Определенное влияние на решение данной задачи показали результаты исследования Соловьева В.С. с соавт. (2013г.), в котором установлены психологические составляющие и характер поведения пациентов при стресс-индуцированных состояниях в зависимости от пола и приверженности гендерным стереотипам. Однако в перечисленных трудах не рассматривается взаимосвязь гендерных стереотипов личности и семейных установок (СУ) с недостаточной эффективностью АГТ у пациентов среднего возраста с АГ. Решение этих задач могут способствовать своевременному выявлению предикторов РАГ, улучшить своевременную диагностику и профилактику.

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

**Цель исследования:** установить взаимосвязь гендерных стереотипов личности и семейных установок с недостаточной эффективностью антигипертензивной терапии у пациентов среднего возраста.

### **Задачи исследования:**

1. Изучить частоту гендерных стереотипов маскулинности /фемининности и семейных установок у пациентов среднего возраста с резистентной артериальной гипертонией.

2. Выявить взаимосвязь гендерных стереотипов маскулинности / фемининности и семейных установок с факторами риска и субклиническими поражениями органов мишеней у больных РАГ.

3. Проанализировать закономерности сочетания гендерных стереотипов личности и семейных установок у пациентов РАГ, установить их взаимосвязь с качеством жизни, приверженностью к терапии и выраженностью синдромов тревоги/депрессии.

4. Разработать научно-обоснованные рекомендации по выявлению дополнительных гендерно-обусловленных предикторов резистентной артериальной гипертонии.

### **Научная новизна.**

Обоснованы новые принципы решения задач своевременного выявления групп риска, по развитию РАГ при использовании диагностики гендерных характеристик у пациентов среднего возраста с АГ.

Показано, что в отличие от существующих методов диагностики РАГ, определение гендерных характеристик личности и СУ, является простым и доступным методом и способствует выявлению малоизученных предикторов недостаточной эффективности АГТ у пациентов среднего возраста.

Доказана информативность диагностики гендерных стереотипов личности и СУ при выделении групп риска по развитию РАГ. Как факторы, предшествующие развитию недостаточной эффективности АГТ у пациентов среднего возраста вне зависимости от биологического пола выделены высокомаскулинный (и маскулинный) гендерный стереотип личности и традиционные СУ.

Установлено, что на фоне сочетания маскулинных стереотипов личности и традиционных СУ, взаимосвязь этиопатогенетических факторов РАГ (повышение уровня стресса, тревоги и депрессии, увеличение ТИМ, учащение НПЦВН и СОАС) значима, не только с типом личности (с IS) и семьи, но и с достигнутым на фоне лечения уровнем САД. Отмечено, что эти сдвиги значительны у женщин. Как фактор относительно благоприятного течения АГ выделен андрогинный стереотип личности, который редко наблюдается у пациентов с установленной РАГ и сопровождается минимальной выраженностью субклинических ПОМ.

#### **Связь работы с научными программами (проектами), темами**

Диссертационная работа выполнялась в рамках научно-исследовательской работы кафедры пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Ревматические и неревматические поражения сердца и сосудов; половая избирательность, комарбидность, диагностика и лечение» (срок выполнения 2016-2020 гг.). Отдельные этапы работы являлись частью научного исследования, выполненного в рамках государственной программы «Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан», параграф 3 (Снизить уровень частоты неинфекционных и хронических заболеваний) и параграф 4 (Детерминанты здоровья и пропаганда здорового образа жизни) срок выполнения 2010-2020 гг.

#### **Основные положения, выносимые на защиту.**

Разработаны доступные подходы улучшения своевременного выявления групп риска по развитию РАГ у пациентов среднего возраста с АГ. Обоснована информативность стереотипов личности и семейных установок (тесно связанных с динамикой социальных преобразований общества и определяющих образ мыслей, манеру поведения в болезни и в ситуации конфликтного взаимодействия) для выявления дополнительных гендерно-связанных факторов прогнозирующих развитие РАГ у пациентов среднего возраста.

Установлена взаимосвязь снижения IS (к диапазону маскулинного и высокомаскулинного типа личности) и семейного показателя (к диапазону

традиционной СУ), сопровождающих повышением выраженности уровней стресса, тревоги/депрессии, нарушений суточного профиля АД и ПОМ.

Доказано участие сочетания высокомаскулинного стереотипа личности и традиционной СУ в снижении эффективности АГТ. Пациенты среднего возраста с сочетанием маскулинных стереотипов личности и традиционной СУ выделены как группа с дополнительным высоким риском развития РАГ. Предложена целесообразность рассмотрения андрогинного стереотипа личности как фактора, прогнозирующего относительно благоприятное течение РАГ.

**Апробация работы.** Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на: на IX годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино «Достижения и перспективы развития медицинской науки», Душанбе, 2014; 62-ой годичной научно-практической конференции Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино «Медицинская наука и образование», Душанбе, 2014; на X годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино «Внедрение достижений медицинской науки в клиническую практику», Душанбе, 2015; 63-ой годичной научно-практической конференции «Вклад медицинской науки в оздоровление семьи» с международным участием, 2015 г., Душанбе; на II Международной конференции Евразийской Ассоциации Терапевтов и научно-практической конференции, Бишкек 2015 г.; на Всероссийской студенческой научной конференции с международным участием, посвященной 70-летию Победы в Великой Отечественной войне, Рязань, 2015 г.; на IV Международный Форум кардиологов и терапевтов, Москва, март 2015 г.; на II Международной научно-практической конференции «Наука и Медицина: современный взгляд молодежи», город Алматы, март 2015 г.; I Международной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные аспекты развития современной науки», Екатеринбург, 2016; годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино, 2016-2018 гг.

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 8 печатных работ, в т.ч. в рецензируемых журналах перечня ВАК при Президенте РФ - 4.

**Личный вклад автора.** Анализ литературы по теме диссертационного исследования, формирование цели и задач, сбор и систематизация первичных клинических данных ретроспективного этапа и стационарного обследования с динамическим наблюдением, проведение основной части клинического обследования, статистическая обработка материала и написание работы, выполнены лично автором. Взят под наблюдение 382 пациентов среднего возраста с первичной АГ, выделены 160 пациентов для изучения гендерных характеристик личности и семейных установок, психо-эмоциональных показателей и качества жизни. Оценка лабораторных показателей осуществлялась совместно с врачами биохимической лаборатории,

инструментальные методы исследования проведены в отделении функциональной диагностики ЦСС и ГХ РТ и ГКБ.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация изложена на 119 страницах компьютерного текста (*шрифт Times New Romana 14, интервал 1,5*) состоит из введения, обзор литературы, описания материала и методы исследования, методов статистической обработки результатов, двух глав собственных исследований, главы обсуждения полученных результатов, заключения, выводов, рекомендаций для практического здравоохранения и списка литературы. Материалы диссертации иллюстрированы 14 таблицами, 22 рисунками. Библиографический указатель включает 193 источников, из них русскоязычных - 111.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

### **Характеристика обследованных лиц и методы исследования.**

*Этапы исследования и характеристика обследованных лиц.* Исследование проведено в кардиологическом, неврологическом и терапевтических отделениях Городской Центр здоровья №2 (им. академика К.Т. Таджиева) города Душанбе.

На скрининговом этапе исследования взяты под наблюдение 382 пациентов среднего возраста (236/61,8% женщин и 146/38,2% мужчин) с первичной АГ, обследованные согласно Рекомендациям Российского медицинского общества по АГ (2015), согласившихся на дальнейшее наблюдение в течение двух месяцев с целью исключения «псевдорезистентности», выявления скрытой резистентности, оценки устойчивости достижения целевого уровня АД при назначении полных доз и более эффективных комбинаций АГП.

*Критерии включения:* Пациенты среднего возраста (45-59 лет), с первичной АГ. *Критерии исключения:* ИБС, перенесенные острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), ХСН 2-3 ст., ХБП III–V стадий (СКФ < 60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>), сахарный диабет (СД), метаболический синдром (МС), хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ).

Контролировалась приверженность пациентов к лечению, проводились мероприятия по повышению навыков самоконтроля и модификации образа жизни. Антигипертензивная терапия оптимизировалась путём снижения дозы (или отмены) препаратов, обладающих прессорным действием и созданием оптимальной 3-х компонентной схемы лечения, чаще всего, при назначении блокатора ренин-ангиотензиновой системы (иАПФ, или БРА), антагонистов кальция и диуретиков; в части случаев назначались β-блокаторы (и/или α-блокаторы), агонисты имидазолиновых рецепторов, клонидин; ренальная денервация не проводилась.

*Выделение пациентов среднего возраста с недостаточной эффективностью антигипертензивной терапии.* При оценке устойчивости достижения целевых значений АД учитывались данные «офисного» и суточного домашнего контроля АД. При оценке эффективности терапии на госпитальном

этапе выделены пациенты с контролируемой - КАГ (стойкое достижение целевого АД на фоне 1-2 АГП), неконтролируемой - НКАГ (отсутствии стойкого достижения целевого АД на фоне двух АГП) и резистентной АГ - РАГ (при отсутствии стойкого достижения целевого АД на фоне применения трех АГП разных классов, включая диуретик, в оптимальных дозах или четырёх и более АГП). На стационарном этапе:

К концу наблюдения у 132 (35,1%) пациентов достигнуты целевые значения АД, т.е. подтверждена КАГ. У 120 (31,9%) пациентов не достигнуто целевые уровни АД на фоне 2 компонентной АГТ (целевое АД достигнуто при применении большего количества антигипертензивных препаратов) и они выделены в группу НКАГ. Целевое АД на фоне 3-4-х компонентной АГТ не было достигнуто у 124 (33%) и эти пациенты включены в группу РАГ.

На основном этапе исследования у пациентов с КАГ и РАГ сравнительно изучены гендерные стереотипы личности и семьи, их психосоциальные характеристики во взаимосвязи с особенностями течения АГ, т.е. критериями включения были: пациенты среднего возраста с первичной КАГ и РАГ; критерии исключения: пациенты с НКАГ, ИБС, ОНМК, ХСН 2-3 ст., ХБП III-V стадий, СД, МС, ХОБЛ.

Критериям включения соответствовали 124 пациентов с РАГ и 132 -с КАГ, из числа которых составлены 2 группы пациентов, сопоставимые по полу и возрасту:

1) первая группа – 80 больных с резистентной АГ, у которых стойкое снижение АД до целевого уровня отсутствовало на фоне применения в оптимальных дозах трех АГП разных классов, включая диуретик; мужчин – 34 (возраст  $53,0 \pm 0,7$ ), женщин – 46 ( $53,3 \pm 0,6$  лет); средний возраст  $53,2 \pm 0,45$  года. Длительность АГ в среднем  $4,7 \pm 0,2$  года, в т.ч. до 5 лет – 41,3%.

2) вторая группа - 80 больных с контролируемой АГ, т.е. со стойким снижением АД до целевых уровней на фоне лечения не более двумя АГП. Мужчин – 36 (возраст  $53,1 \pm 0,7$ ), женщин – 44 ( $53,5 \pm 0,7$  лет); средний возраст  $53,3 \pm 0,5$  года. Длительность АГ в среднем  $4,2 \pm 0,2$  года, в т.ч. до 5 лет – 65%.

*Методы исследования.* У пациентов, включённых в исследование, как возможные предикторы недостаточной эффективности АГТ изучены гендерные (диагностика маскулинности/фемининности; тип семейных установок) и психосоциальные (КЖ; выраженность тревоги и депрессии, уровень стресса) характеристики личности и их взаимосвязь с клинико-гемодинамическими показателями и суммарным риском ССЗ.

Определение *гендерных особенностей личности*, приверженность гендерным стереотипам маскулинности-фемининности определяли по модифицированному поло-ролевому опроснику С.Бэм [BemS.L., 1981] с расчётом основного индекса - IS. По величине IS выделены пациенты с андрогинным (от -1 до +1), маскулинным (ниже минус 1), высокомаскулинным (ниже минус 2,025), фемининным (выше +1) и высокофемининным (выше +2,025) стереотипами личности.

Выделение типов семейных установок проведено по опроснику «Распределение ролей в семье» [Алешин Ю.Е., 2010] с выделением 3 типов семей при подсчёте баллов: традиционные (1-2 балла), эгалитарные (2 -3 балла) и промежуточные (неопределённые, 3-4 балла); значения условно названы нами семейными показателями (СП). Для оценки уровней депрессии и тревоги применена Госпитальная шкала [Zigmond A.S. и Snaith R.P., 1983 г.]. Качество жизни (КЖ) оценивалось с помощью опросника для психосоматических больных [Сидоров П. И., 2004]; оценивалось соматическое состояние, психологическое состояние и социальное функционирование. Уровень стресса определён по шкале психологического стресса L.Reeder (в модификации О.С. Копиной с соавт., 1989).

Определены факторы риска, влияющие на течение АГ: вредные привычки (курение, «чрезмерное» потребление алкоголя, избыточное потребление поваренной соли), длительность АГ, увеличение массы тела за последние 5 лет, синдром обструктивного апноэ сна (по данным шкалы сонливости Epworth и модифицированной анкеты Страдлинга), побочные эффекты АГТ. При изучении липидного спектра как факторы риска рассматривались следующие сдвиги: гиперхолестеринемия (ОХС > 4,9 ммоль/л), гипертриглицеридемия (ТГ > 1,7 ммоль/л), снижение ЛПВП (< 1 ммоль у мужчин, < 1,2 ммоль/л у женщин).

Всем пациентам проведена ЭКГ и Эхо КГ. ДДЛЖ определялась на эхокардиографе «Acuson» 128 XP/10 по соотношению пиков Е/А. Утолщение стенки сосудов (ТИМ  $\geq$  0,9 мм) определялось при дуплексном сканировании брахиоцефальных артерий [R.V.Devereux et al., 2006; J.A. Chirinos et al., 2010].

О приверженности к лечению судили по оценке эффективности проводимой АГТ при наблюдении и данных тестирования [Morisky D.E. et al., 1986]. О суточном индексе АД судили по степени ночного снижения (СНС) САД и ДАД.

У больных, не имеющих ССЗ, сахарный диабет или резко выраженные уровни отдельных факторов риска, учтена категория 10-летнего риска смерти от ССЗ; проведена оценка категории суммарного кардиоваскулярного риска [РМОАГ, 2015; ЕАСРР, 2012]. В зависимости от степени суммарного кардиоваскулярного риска присвоено пациентам 4-3-2 и 1 балла, соответственно, при очень высокой, высокой, умеренной и низкой степени риска.

*Статистическая обработка материала* проведена с использованием методов параметрической и непараметрической статистики, с помощью прикладного пакета «Statistica 6,0». Характер статистического распределения анализируемых величин оценивали с использованием  $\chi^2$ - критерия Пирсона и критерия Колмогорова-Смирнова. Выборки представлены в виде «средняя арифметическая  $\pm$  ошибка средней». Для оценки межгрупповых различий применяли критерий  $\chi^2$ , U-критерий Манна-Уитни и при нормальном распределении признака – критерий Стьюдента; различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ . При оценке корреляционных связей использовались коэффициент ранговой корреляции Спирмена и коэффициент корреляции Пирсона.

### Результаты исследований

При изучении гендерных стереотипов маскулинности/фемининности у пациентов с АГ установлено, что при РАГ маскулинные (за счёт высокомаскулинного) стереотипы наблюдаются значительно чаще (71,25%;  $p < 0,05$ ), чем при КАГ, тогда как андрогинный стереотип наблюдается значительно реже, ( $p < 0,05$ ). Фемининный и высокофемининный стереотипы несколько чаще наблюдаются у пациентов с КАГ ( $p > 0,05$ ).

У женщин с РАГ установлена большая частота маскулинного стереотипа личности, что значимо при сравнении с мужчинами (50%;  $p < 0,001$ ). Большая частота высокомаскулинного стереотипа у мужчин с РАГ была значима как при сравнении с женщинами, так и мужчинами группы КАГ ( $p < 0,001$ ). Соответственно средние отрицательные значения IS у пациентов РАГ ( $-1,05 \pm 0,16$ ) превышали таковые у пациентов КАГ ( $-0,52 \pm 0,16$ ) более чем в 2 раза ( $p < 0,001$ ).

При сравнительном изучении типов семейных установок установлено, что традиционный тип семейных установок чаще наблюдается у пациентов с РАГ (50% и 18,8%, соответственно при РАГ и КАГ;  $p < 0,01$ ).

Неопределённый (промежуточный) и эгалитарный типы семейных установок несколько чаще наблюдаются (таблица 1) у пациентов с КАГ ( $p > 0,05$ ).

**Таблица 1. - Частота гендерных стереотипов личности у пациентов с АГ по основному индексу - IS ( $M \pm m$ )**

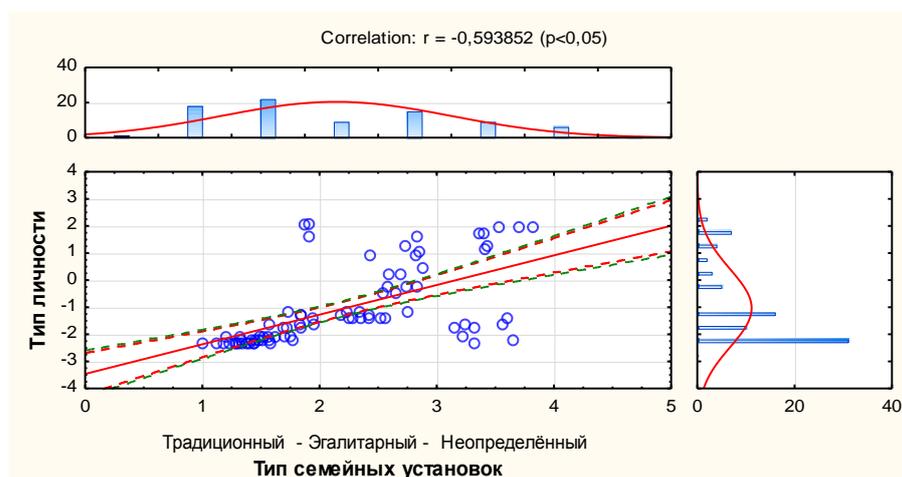
Гендерные типы личности	РАГ (n=80)	КАГ (n=80)	P
Основной индекс – IS ( $M \pm m$ )	$-1,05 \pm 0,16$	$-0,52 \pm 0,16$	<b>&lt;0,05</b>
1. Маскулинный (IS меньше -1) (abc/%)	$-1,45 \pm 0,04$ 26 (32,5)	$-1,36 \pm 0,04$ 28 (35,0)	<b>&lt;0,0001</b> >0,05
2. Высокомаскулинный (IS меньше -2,025) (abc/%)	$-2,23 \pm 0,019$ 31 (38,8)	$-2,22 \pm 0,027$ 14 (17,5)	>0,05 <b>&lt;0,01</b>
Всего (маскул.+высокомаскул.), abc/%:	57 (71,3)	42 (52,5)	<b>&lt;0,05</b>
3. Фемининный (IS больше +1) (abc/%)	$1,59 \pm 0,1$ 11 (13,8)	$1,46 \pm 0,136$ 11 (13,8)	>0,05 >0,05
4. Высокофемининный (IS больше +2,025) (abc/%)	$2,08 \pm 0,012$ 2 (2,5)	$2,15 \pm 0,05$ 5 (6,2)	>0,05 >0,05
Всего (фемин.+высокофемин.), abc/%:	13 (16,3)	16 (20,0)	>0,05
5. Андрогинный (IS от -1 до +1) (abc/%)	$0,12 \pm 0,17$ 10 (12,5)	$0,04 \pm 0,12$ 22 (27,5)	>0,05 <b>&lt;0,05</b>

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (относительных величин по критерию  $\chi^2$ , а абсолютных величин по U-критерию Манна-Уитни).

*Изучение взаимосвязи между гендерным стереотипом маскулинности/фемининности и стереотипом семейных установок при РАГ показало наличие отрицательной взаимосвязи между IS и семейным показателем - СП ( $r = -$*

0,593852;  $p < 0,05$ ), т. е. снижение значений IS, сопровождается учащением, главным образом, традиционной семейной установки (рисунок 1).

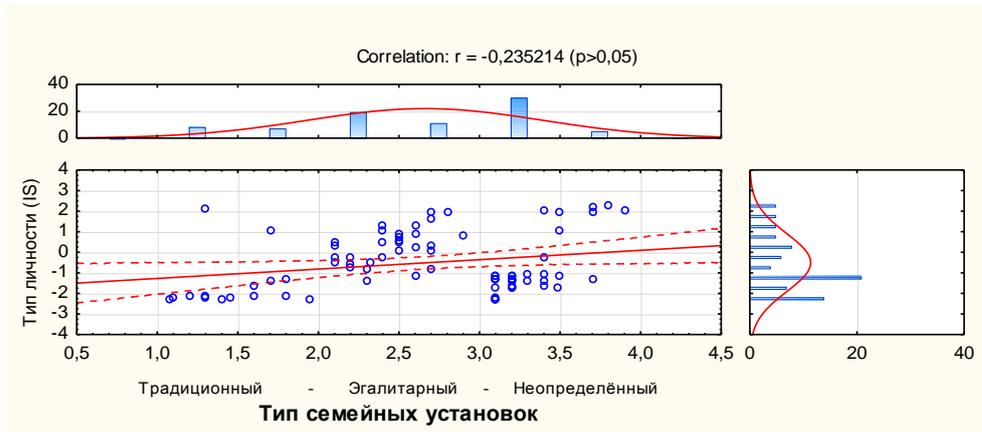
Основную часть (37 пациентов; 92,5%) подгруппы с ТСУ, составили пациенты с маскулинным (22,5%) и высокомаскулинным (70%) типом личности и средние значения IS ( $-1,764 \pm 0,175$ ) - ближе к высоко маскулинному. В подгруппе пациентов с ТСУ, фемининных и высокофемининных - всего 3 (7,5%), а с андрогинным типом личности - отсутствовало. У пациентов с маскулинным и высокомаскулинным типом личности, чаще всего, наблюдалась традиционная семейная установка; такое сочетание 2,5 раза чаще - у мужчин.



**Рисунок 1.-** Взаимосвязь между гендерным стереотипом личности (IS) и типом семейной установки у пациентов с РАГ (по Спирмену).

При неопределённой семейной установке средние значения IS ближе к нулю ( $-0,238 \pm 0,413$ ) и эта подгруппа состоит из пациентов, как с фемининным (44,4%), так и маскулинным типом личности, всего 50% (33,3% - маскулинным и 16,7% - с высоко маскулинным); с андрогинным типом личности - только 1 (5,5%) пациент.

Такая направленность взаимосвязи между гендерным типом личности и типом семейных установок наблюдается и у пациентов с КАГ (рисунок 2): на фоне снижения значений IS учащается неопределённый и традиционный тип семейной установки ( $r = 0,235214$ ;  $p > 0,05$ ). ТСУ выявлялась у пациентов с КАГ гораздо реже: у 25% мужчин 9,1% женщинна фоне маскулинного и высокомаскулинного типа личности. Эгалитарная семейная установка чаще определялась у пациентов с андрогинным стереотипом личности и не была отмечена у высокофемининных и высокомаскулинных пациентов. Неопределённая семейная установка на фоне КАГ наблюдалась, главным образом, на фоне маскулинных, высоко маскулинных (71,4%) и высоко фемининных (у 3 пациентов от 4 с ВФ стереотипом), т.е. при самых низких и высоких значениях IS.



**Рисунок 2.-** Взаимосвязь между гендерным стереотипом личности (IS) и типом семейной установки у пациентов с КАГ (по Спирмену).

Таким образом, у пациентов среднего возраста с АГ установлена отрицательная взаимосвязь между IS и типом семейной установки (умеренная при РАГ и слабая при КАГ), т. е. снижение значений IS, сопровождается учащением, главным образом, ТСУ. Представляет особый интерес наблюдаемое учащение неопределённого типа семьи при КАГ, главным образом, у высокомаскулиных (и маскулиных) и высокофемининных пациентов, т. е. при стереотипах личности, на фоне которых у пациентов с РАГ наблюдается ТСУ.

*Достигнутые уровни АД, факторы риска и ПОМ при разном гендерном стереотипе личности.* При изучении достигнутых уровней АД (при 2-х месячной АГТ) и его суточного профиля установлено, что на фоне резистентности к АГТ, уровни САД ( $147,1 \pm 0,85$ ) и ДАД ( $95,0 \pm 0,38$ ) достоверно выше таковых при КАГ ( $129,5 \pm 0,87$  и  $82,7 \pm 0,38$ ) и сопровождаются учащением нарушения вариабельности суточного ритма АД по типу недостаточного ночного снижения САД (70% и 23,7% соответственно при РАГ и КАГ); половые различия внутри групп не значимы. Этот суточный профиль отмечен чаще у пациентов с маскулиным (83,9%;  $p < 0,05$ ) и реже при фемининном (10,7%) и андрогинном (5,4%) стереотипе.

У пациентов среднего возраста с РАГ взаимосвязь АД и IS отрицательная: между IS и САД ( $r = -0,4483$ ;  $p < 0,05$ ) и ДАД ( $r = -0,5594$ ;  $p < 0,05$ ) умеренная (рисунок 3).

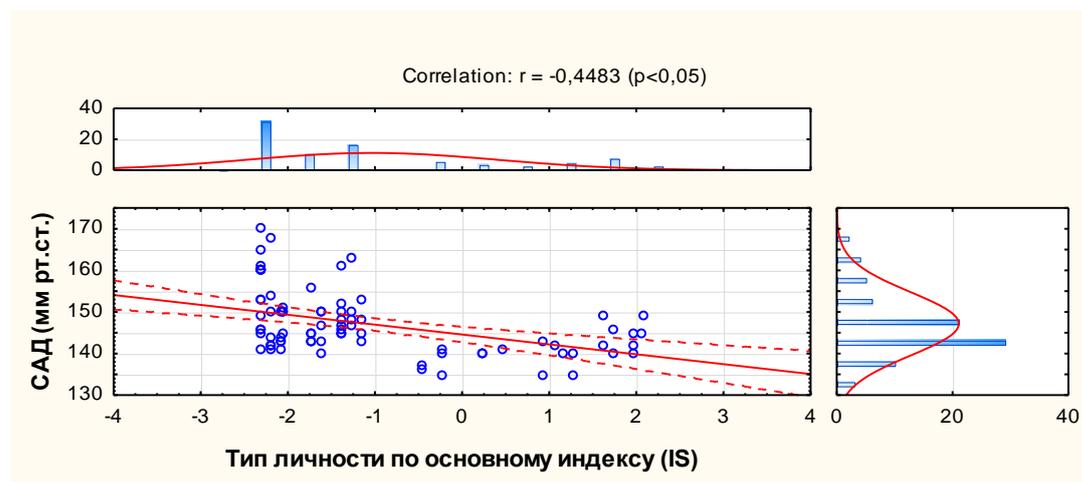


Рисунок 3.- Взаимосвязь между IS и САД у пациентов с РАГ (по Спирмену).

В подгруппе пациентов с маскулинным и высокомаскулинным типом личности на фоне РАГ взаимосвязь IS и САД - отрицательная и умеренная у мужчин ( $r = -0,334$ ;  $p < 0,05$ ) и у женщин ( $r = -0,471$ ;  $p < 0,05$ ); в этой подгруппе (М+ВМ) САД выше ( $149,5 \pm 0,81$  мм рт. ст.) таковых у пациентов с фемининным типом ( $142,7 \pm 1,1$ ). При фемининном и высокофемининном типе взаимосвязь IS и САД прямая, умеренная ( $r = 0,5165$ ;  $p < 0,05$ ). Установлено учащение низких значений САД ( $138,8 \pm 0,9$  мм рт.ст.) и ДАД ( $93,6 \pm 3,8$  мм рт.ст.) у андрогинных (при IS от -1 до +1). ( $138,8 \pm 0,9$  мм рт.ст.) и различие АД с другими (более высокими и низкими) областями значений (т.е. у пациентов с фемининными и маскулинными типами личности) было значимым ( $p < 0,001$ ).

Следует отметить, что высокие уровни ДАД, значимо превышающие средние значения, чаще всего наблюдаются при маскулинном и высокомаскулинном типе личности. В целом, при РАГ взаимосвязь IS с САД и ДАД была умеренной (ближе к сильной), коэффициент корреляции ( $r$ ) между IS и САД была равна  $-0,4483$ , а с ДАД – минус  $-0,5594$ .

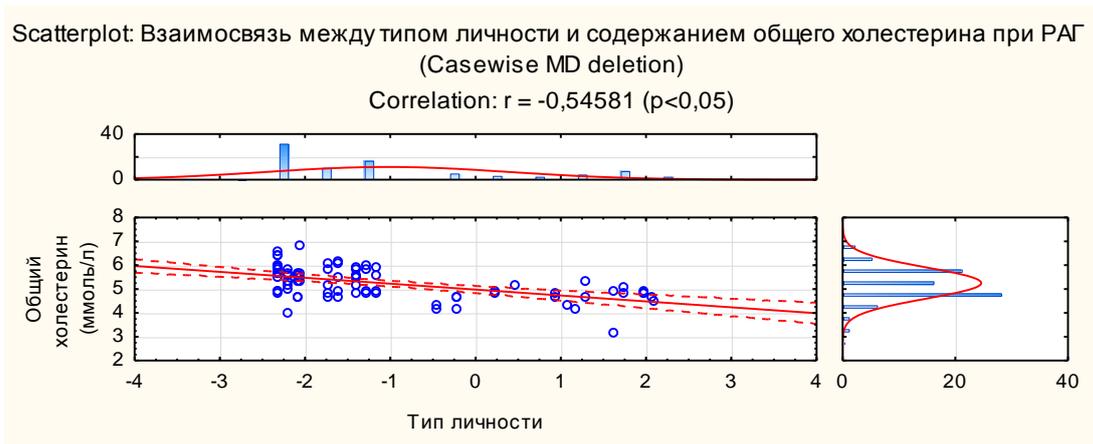
При КАГ взаимосвязь IS с САД и ДАД слабая ( $r = -0,26985$  и  $r = -0,2451$ , соответственно с САД и ДАД). При фемининном и высокофемининном типе взаимосвязь между IS и САД умеренная прямая ( $r = 0,4696$ ;  $p < 0,05$ ); в подгруппе маскулинных и андрогинных пациентов с КАГ отмечена заметная, но слабая, отрицательная взаимосвязь IS с САД.

На фоне низких значений IS ряд *факторов риска* наблюдаются чаще у пациентов с РАГ, имеет место отрицательная, умеренная взаимосвязь с семейным анамнезом ранних ССЗ ( $r = -0,31149$ ), длительностью АГ ( $r = -0,33369$ ), курением сигарет ( $r = -0,48222$ ), чрезмерным употреблением алкоголя ( $r = -0,50353$ ) и поваренной соли ( $r = -0,47539$ ), СОАС ( $r = -0,52661$ ). Однако при маскулинном и высокомаскулинном типе личности взаимосвязь с IS отрицательная умеренная только с курением сигарет ( $r = -0,60057$ ), чрезмерным употреблением алкоголя ( $r = -0,64868$ ) и СОАС ( $r = -0,51678$ ).

На фоне фемининного и высокофемининного стереотипа прямая значимая взаимосвязь IS установлена с учащением длительности АГ более 5

лет ( $r=0,372257$ ), увеличением массы тела за последние 5 лет ( $r=0,343245$ ) и низкой физической активностью ( $r=0,32261$ ). При андрогинном типе личности, при сравнении с таковыми группы КАГ, отмечено значимое учащение пессимистической самооценки перспектив здоровья ( $p<0,001$ ), но значимая корреляция с IS имело место только с увеличением массы тела за последние 5 лет ( $r=0,354218$ ;  $p<0,05$ ).

При изучении *липидного спектра* отмечено, что при РАГ взаимосвязь между IS и ОХС (рисунок 4) умеренная, отрицательная ( $r = -0,54581$ ;  $p<0,05$ ). На фоне снижения значений IS (маскулинный и высокомаскулинный стереотип) отмечаются самые высокие уровни ОХС и низкие значения ЛПВП.



**Рисунок 4.- Взаимосвязь между содержанием ОХС и IS у пациентов с РАГ (по Пирсону).**

В подгруппе пациентов с маскулинным и высокомаскулинным типом личности повышение ОХС ( $5,48 \pm 0,06$ ) и триглицеридов ( $1,88 \pm 0,025$ ), наряду с низкими значениями ЛПВП ( $1,06 \pm 0,02$ ) - значимы при сравнении с таковыми группы КАГ ( $4,76 \pm 0,05$ ;  $1,69 \pm 0,038$ ;  $1,25 \pm 0,03$  - соответственно ОХС, триглицериды и ЛПВП;  $p < 0,01$ ).

Для подгруппы РАГ с фемининным типом характерна гипертриглицеридемия ( $1,9 \pm 0,06$  при РАГ и  $1,6 \pm 0,08$  при КАГ), а андрогинным – снижение ЛПВП ( $1,18 \pm 0,06$  и  $1,39 \pm 0,03$  при КАГ), что значимо при сравнении с таковыми группы КАГ.

Исследование *состояния органов мишеней* выявило преобладание частоты субклинического ПОМ при РАГ, значимое при сравнении с таковыми группы КАГ: ГЛЖ (61,3% и 42,5% - соответственно при РАГ и КАГ;  $p < 0,05$ ), увеличение ТИМ (60% и 42,5%;  $p < 0,05$ ), ДДЛЖ (43,8% и 28,8%;  $p < 0,05$ ) и НПЦВН (31,3% и 17,5%;  $p < 0,05$ ). При этом из 48 случаев увеличения ТИМ сонных артерий более 0,9 мм пациенты с маскулинным и высокомаскулинным типами личности составили значительное большинство - 43 (89,6%), тогда как этот признак значительно реже отмечен при фемининном (6,3%) и андрогинном (4,2%) типе личности. Отрицательная взаимосвязь IS и ТИМ у пациентов с РАГ - значимая и приближается к сильной ( $r = -0,61144$ ;  $p < 0,05$ ). Прямая взаимосвязь

установлена между IS и E/A ( $r = 0,2499$ ), с ФВ ( $r=0,4347$ ) и отрицательная с ИММЛЖ ( $r= -0,6813$ ;  $p<0,05$ ). Наиболее оптимальным диапазоном, соответствующим субклиническим значениям ПОМ, является IS от -1 до +1, что характерно для андрогинного типа личности.

*Достигнутые уровни АД, факторы риска и ПОМ при разном типе семейных установок.* О наличии взаимосвязи типов семейных ролей (установок) с факторами риска, влияющими на прогноз АГ, свидетельствуют достигнутые на фоне АГТ уровни АД: на фоне РАГ уровни САД значимо выше у пациентов с ТСУ ( $149,5\pm 1,3$ ), чем при промежуточной ( $144,7\pm 1,2$ ) и эгалитарной ( $144,9\pm 1,6$ ;  $p<0,05$ ). Высокий уровень ДАД при традиционной семейной установке значим только при сравнении с эгалитарной семьёй ( $p<0,001$ ). Взаимосвязь между уровнем САД и семейным показателем у пациентов с РАГ отрицательная умеренная как в целом по группе ( $r= -0,33654$ ;  $<0,05$ ), так и пациентов обоего пола (у мужчин  $r= -0,44917$ ;  $<0,05$  и у женщин  $r= -0,42568$ ;  $<0,05$ ).

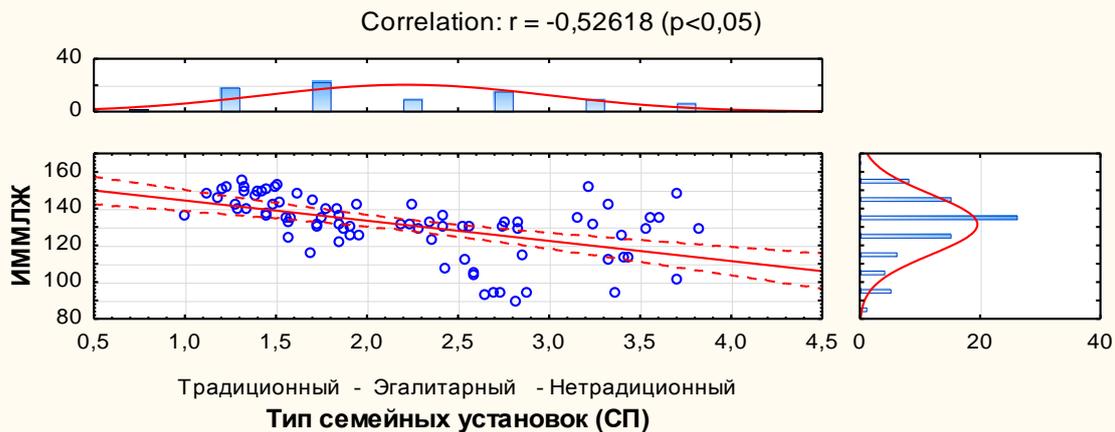
Тесная отрицательная взаимосвязь отмечена между ДАД и СП у мужчин с РАГ ( $r= -0,513$ ;  $<0,05$ ), но у женщин - слабая ( $r= -0,11716$ ). Однако в целом по группе РАГ эта взаимосвязь отрицательная и не значимая ( $r= -0,28902$ ;  $>0,05$ ). Характерно, что при значениях СП ниже 2 балла (критерий ТСУ), достигнутые уровни САД (у мужчин и женщин) и ДАД (у мужчин) значимо выше, чем при других типах семьи, что указывает на недостаточную эффективность антигипертензивной терапии на фоне ТСУ.

Следующие *факторы риска* тесно взаимосвязаны с ТСУ (по СП): семейный анамнез ранних ССЗ ( $r=-0,30598$ ), курение табака более 5 лет ( $r=-0,42996$ ), чрезмерное употребление алкоголя ( $r=-0,46801$ ) и СОАС ( $r=-0,45551$ ;  $<0,05$ ); взаимосвязь отрицательная и значимая. При эгалитарной СУ такая связь установлена между СП и семейным анамнезом ранних ССЗ ( $r=-0,60207$ ;  $<0,05$ ), длительностью АГ более 5 лет ( $r=-0,43815$ ;  $<0,05$ ), избыточным употреблением соли ( $r= -0,63108$ ;  $<0,05$ ), СОАС ( $r=-0,30839$ ;  $<0,05$ ) и побочными эффектами АГП ( $r=-0,50219$ ;  $<0,05$ ). На фоне неопределённой (промежуточной) семейной установки, взаимосвязь семейного показателя с факторами риска была положительной и значимой с длительностью АГ более 5 лет ( $r=0,353505$ ;  $<0,05$ ), увеличением массы тела ( $r= 0,33776$ ) и низкой физической активностью ( $r=0,44079$ ).

Взаимосвязь *липидного спектра* крови с семейным показателем у пациентов РАГ слабая отрицательная с ОХС ( $r=-0,14839$ ;  $p>0,05$ ), слабая положительная с ЛПВП ( $r=-0,288429$ ;  $p>0,05$ ) и отсутствует – с триглицеридами. Однако в зависимости от пола установлено, что у мужчин имеет место умеренная отрицательная взаимосвязь между СП и ОХС ( $r=-0,40428$ ;  $p<0,05$ ), прямая умеренная с ЛПВП ( $r=0,336598$ ;  $p<0,05$ ), а с триглицеридами – отсутствует; у женщин с РАГ отмечена отрицательная умеренная взаимосвязь СП с триглицеридами ( $r=-0,37522$ ;  $p<0,05$ ).

РАГ характеризуется наличием отрицательной умеренной взаимосвязи между СП и субклиническими ПОМ (рисунок 5): ИММЛЖ ( $r=-0,52618$ ), ТИМ

( $r=-0,376$ ) и НПЦВН ( $r=-0,42593$ ;  $p<0,05$ ); у мужчин эта взаимосвязь с ИММЛЖ ( $r=-0,68604$ ) и ТИМ ( $r=-0,51555$ ) более тесная.



**Рис. 5.- Взаимосвязь между семейным показателем (СП) и ИММЛЖ у пациентов с РАГ (по Спирмену).**

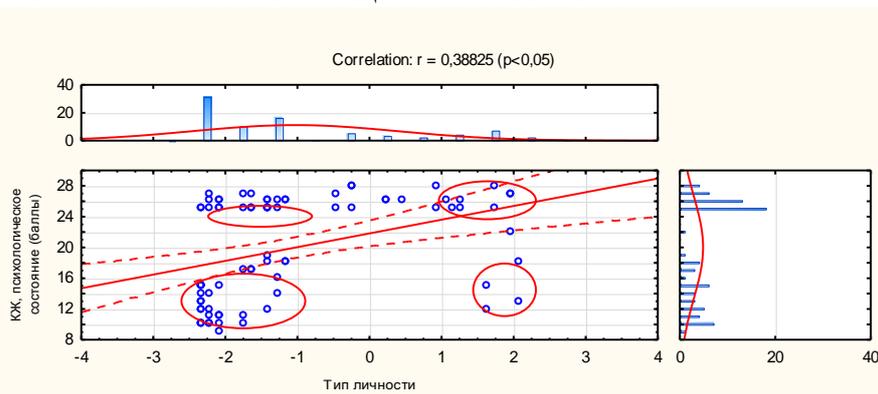
Однако, в связи с большой частотой промежуточного типа с высокими значениями СП (3-4 балла) у женщин (30,4%, 3 раза чаще, чем у мужчин), а при других типах семьи - низкие, то при изучении взаимосвязи этих показателей в зависимости от пола, отмечена более тесная, чем у мужчин взаимосвязь между рассматриваемыми факторами. У женщин на фоне ТСУ отмечается сильная отрицательная взаимосвязь между СП и ОХС ( $r=-0,76873$ ), умеренная односторонняя с ЛПВП ( $r=0,479827$ ), отрицательная ИММЛЖ ( $r=-0,54223$ ) и ТИМ ( $r=-0,61213$ ); при эгалитарной - умеренная отрицательная с ОХС ( $-0,46379$ ), ТИМ ( $-0,4737$ ) и ИММЛЖ ( $r=-0,57117$ ). При промежуточной СУ отмечены разнонаправленные значения. В целом по группе РАГ установлена умеренная отрицательная взаимосвязь между СП и ИММЛЖ ( $r=-0,52618$ ) и ТИМ ( $r=-0,376$ ); слабая, но близкая к средней односторонняя - с ЛПВП ( $r=-0,288429$ ), отрицательная - с НПЦВН ( $r=-0,42593$ ).

Таким образом, низкие значения семейных установок, характерные для ТСУ, сопровождаются учащением факторов риска и выраженным субклиническим поражением сердца и сосудов (повышением ИММЛЖ, увеличением ТИМ), гиперхолестеринемией и снижением ЛПВП.

У пациентов с КАГ отсутствует значимая взаимосвязь СП с выраженностью факторов риска и ПОМ, кроме односторонней, значимой связи с НПЦВН у мужчин ( $r=0,309237$ ). Слабую или минимальную взаимосвязь показателей при КАГ можно связать, во-первых, большой частотой неопределённых семейных установок (при которых в противовес традиционным - высокие значения СП), во-вторых, с небольшой частотой ТСУ и достаточной частотой эгалитарных семей (более 37%).

*Качество жизни и гендерные стереотипы маскулинности/фемининности.* У пациентов среднего возраста с РАГ, наиболее низкие значения компонентов КЖ отмечены в отрицательном диапазоне IS, особенно при высокомаскулинном

типе личности. Взаимосвязь между IS и психологическим компонентом КЖ у пациентов с РАГ (рисунок 6) односторонняя умеренная ( $r=0,38825$ ;  $p<0,05$ ) и по мере повышения IS (у пациентов с андрогинным типом личности) повышается и психологическое составляющее качества жизни.



**Рисунок 6.- Взаимосвязь между гендерным стереотипом личности (IS) и психологическим компонентом качества жизни у пациентов с РАГ (по Спирмену).**

При РАГ социальное функционирование пациентов снижено и составляет  $21,8 \pm 0,75$  балла; отмечается прямая умеренная связь ( $r=0,48457$ ;  $p<0,05$ ) и по мере увеличения IS (у пациентов с андрогинным и, нередко при фемининном типе личности) отмечается более высокие значения этого компонента КЖ. Значимое снижение социального функционирования ( $17,0 \pm 1,5$ ) отмечается в области значений IS, соответствующей высокомаскулинному типу личности ( $IS=-2,2 \pm 0,02$ ); связь этих показателей в подгруппе маскулинных (и высокомаскулинных) однонаправленная, умеренная ( $r=0,5220$ ), хотя у части этих пациентов отмечается сохранённое социальное функционирование, составляющие 25-29 баллов.

Между IS и соматическим компонентом КЖ у пациентов среднего возраста с РАГ, установлена односторонняя умеренная взаимосвязь ( $r=0,4343$ ;  $p<0,05$ ). Наиболее низкие значения соматического компонента КЖ (9 балла) наблюдались в отрицательном диапазоне IS, при высокомаскулинном типе личности. У пациентов с фемининным ( $23,6 \pm 1,7$  балла) и высокофемининным ( $18,0 \pm 2,0$ ) типом соматический компонент КЖ ниже таковых при андрогинном. В андрогинном (от -1 до +1) диапазоне IS –определялись самые высокие показатели КЖ как соматического ( $29,5 \pm 0,7$  балла) и психологического состояния ( $26,4 \pm 0,4$  балла), так и социального функционирования ( $29,5 \pm 1,0$  балла), что характеризует этот гендерный стереотип личности как менее патогенный.

*КЖ и семейные установки.* Влияние типов семейных установок на показатели КЖ у пациентов с КАГ не значимо ( $p>0,05$ ), так как коэффициент корреляции между СП и составляющими КЖ ниже 0,1. При РАГ коэффициент корреляции между СП и компонентами КЖ значимая, положительная, то есть самые низкие значения соматического ( $r=0,387565$ ;  $p<0,05$ ), психологического ( $r=0,372038$ ;  $p<0,05$ ) состояния и социального функционирования ( $r=0,411855$ ;

$p < 0,05$ ) наблюдаются у пациентов с низкими значениями СП, что характерно для традиционного типа семьи. У преобладающего большинства пациентов с эгалитарной семейной установкой сохранены нормальные значения всех составляющих КЖ, в связи с этим, по соматическому, психологическому состоянию и социальному функционированию они имеют самые высокие значения, которые значимы, как при сравнении с традиционной, так и промежуточной семейной установкой (таблица 2).

**Таблица 2.- Показатели качества жизни (баллы) при разном типе семейных установок у пациентов среднего возраста с РАГ ( $M \pm m$ )**

Типы семьи	Составляющие качества жизни (баллы)		
	соматическое состояние	психологическое состояние	социальное функционирование
1. Традиционный	18,3±0,75	17,35±1,0	18,7±1,07
2. Неопределённый	20,8±1,4	20,2±1,55	23,1±1,18
$p_{1-2}$	>0,05	>0,05	<b>&lt;0,01</b>
3. Эгалитарный	25,8±1,05	24,2±0,84	26,3±1,04
$p_{1-3}$	<0,001	<0,001	<0,001
$p_{2-3}$	<0,001	<0,001	<0,05

Примечание:  $p_{1-2}$  – статистическая значимость различия показателей между 1 и 2 группой,  $p_{1-3}$  – между 1 и 3 группой,  $p_{2-3}$  – между 2 и 3 группой (по U-критерию Манна-Уитни).

Выявлены особенности взаимосвязи традиционной семейной установки и КЖ, так как при СП ниже 2 балла (отрезок, соответствующий традиционной семье) выделены 2 зоны: с низкими значениями психологического состояния и социального функционирования и нормальными их значениями. Это свидетельствует о том, что традиционная семья не всегда сопровождается снижением КЖ и возможно для этого требуется влияние ещё каких-то других причин.

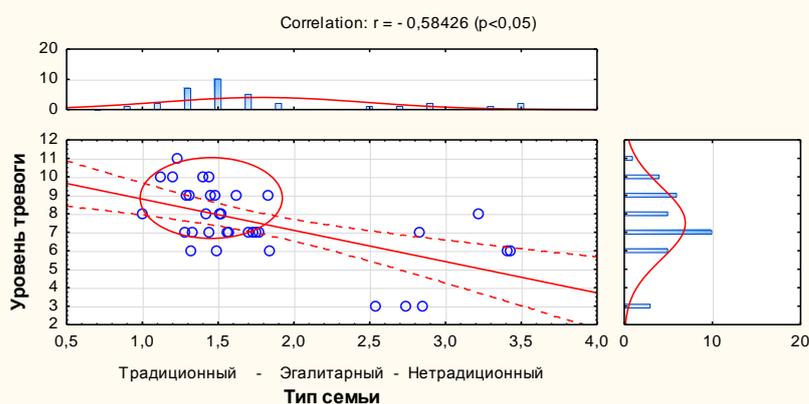
*Уровни стресса, синдромы тревоги/депрессии и гендерные показатели.* У пациентов среднего возраста, как дополнительные факторы риска, имеющие причинно-следственные отношения не только с характеристиками личности и семьи, но и течением АГ, можно рассмотреть уровень стресса, синдромы тревоги и депрессии.

При изучении взаимосвязи IS с уровнем стресса и выраженностью тревоги/депрессии установлено наличие однонаправленной, умеренной связи между IS и уровнем стресса в группе пациентов среднего возраста с РАГ ( $1,82 \pm 0,07$ ;  $r = 0,346488$ ;  $p < 0,05$ ), т.е. на фоне снижения IS (у маскулированных и высокомаскулированных), снижается и показатель по шкале стресса, что свидетельствует о высоком его уровне. Такая направленность взаимосвязи этих показателей у мужчин с РАГ отчётливее ( $r = 0,412183$ ;  $p < 0,05$ ), чем у женщин ( $r = 0,384778$ ;  $p < 0,05$ ).

Повышение выраженности синдрома тревоги при РАГ ( $8,08 \pm 0,35$ ) значима, как у женщин ( $P < 0,01$ ;  $r = -0,31829$ ), так и у мужчин ( $p < 0,05$ ;  $r = -0,64107$ ), при сравнении с группой КАГ ( $6,21 \pm 0,33$ ). У пациентов с РАГ средние значения депрессии по группе ( $7,03 \pm 0,38$ ), у мужчин ( $8,29 \pm 0,63$ ;  $r = 0,43432$ ) и женщин ( $6,09 \pm 0,43$ ;  $r = -0,34204$ ), значимо превышают таковые у пациентов с КАГ ( $4,45 \pm 0,39$ ;  $r = -0,23599$ ).

Таким образом, анализ полученных результатов свидетельствует, что значимое учащение маскулинного и высокомаскулинного типов личности у пациентов РАГ сопровождается высоким уровнем стресса и повышением выраженности синдромов тревоги/депрессии.

*Взаимосвязь семейных установок (СП) как с синдромом тревоги ( $r = -0,32456$ ;  $p < 0,05$ ), так и депрессией ( $r = -0,53339$ ;  $p < 0,05$ ) значимая отрицательная, т.е. повышение уровней тревоги и депрессии характерна для пациентов с традиционными семейными установками (рисунок 7).*



**Рисунок 7.- Взаимосвязь между типом семьи (СП) и уровнем тревоги у мужчин среднего возраста с РАГ.**

Такая тесная взаимосвязь СП с синдромом тревоги/депрессии характерна как для мужчин ( $r = -0,58426$  и  $r = -0,43432$ ;  $p < 0,05$ ; рисунок 9), так и для женщин ( $r = -0,44018$  и  $r = -0,48559$ ;  $p < 0,05$  соответственно для тревоги и депрессии), что характеризует этот показатель как характерный для недостаточной эффективности АГТ, так как при КАГ такая тесная взаимосвязь отсутствует.

Таким образом, значимое учащение маскулинного и высокомаскулинного типа личности, как и традиционных семейных установок, у пациентов РАГ сопровождается высоким уровнем стресса и повышением выраженности синдромов тревоги/депрессии.

*Приверженность к лечению и суммарный сердечно-сосудистый риск у пациентов с недостаточной эффективностью АГТ. Значимость снижения приверженности к лечению в развитии РАГ несомненна и изучение её взаимосвязи с гендерными стереотипами личности и семьи представляет особый интерес.*

Установлено, что у пациентов с РАГ приверженность к лечению значимо ниже ( $p < 0,001$ ), а суммарный кардиоваскулярный риск выше ( $p < 0,001$ ) при сравнении с таковыми группы КАГ.

Взаимосвязь между IS и приверженностью к лечению у пациентов среднего возраста с РАГ положительная умеренная ( $r = 0,55382$ ;  $p < 0,05$ ). В диапазоне низких значений IS, т.е., главным образом, у пациентов с маскулинным и высокомаскулинным типом личности, отмечены низкие значения приверженности к лечению. Наблюдается повышение суммарного КВР по мере снижения IS ( $r = 0,49443$ ;  $p < 0,05$ ). Наиболее низкий суммарный кардиоваскулярный риск отмечен в диапазоне значений, соответствующих андрогинности и невыраженной фемининности (таблица 3).

**Таблица 3.-Приверженность к лечению и суммарный сердечно-сосудистый риск у пациентов с РАГ и КАГ (баллы,  $M \pm m$ )**

Показатели	РАГ			КАГ		
	Муж. (n=34)	Жен. (n=46)	P	Муж. (n=36)	Жен. (n=44)	P
Приверженность к лечению (баллы) <i>По группе</i>	1,8±0,15	2,3±0,13	<0,05	2,2±0,19	2,8±0,16	$p_{1-2} < 0,05$
	2,1±0,1			2,6±0,12		$p < 0,001$
Суммарный сердечно-сосудистый риск (баллы) <i>По группе</i>	3,2±0,14	2,8±0,14	<0,05	2,6±0,16	2,1±0,16	$p_{1-2} < 0,05$
	3,0±0,1			2,4±0,1		$p < 0,001$

Примечание:  $p_{1-2}$  – статистическая значимость полового различия показателей;  $p$  – статистическая значимость различия показателей между группами РАГ и КАГ (по U-критерию Манна-Уитни).

Взаимосвязь приверженности к лечению и семейными установками – прямая, умеренная связь ( $r = 0,441441$ ;  $p < 0,05$ ), т.е. при низких значениях СП, соответствующих традиционным установкам, приверженность к лечению была очень низкой ( $2,08 \pm 0,145$ ).

Высокая приверженность к лечению наблюдалась у пациентов с эгалитарной семейной установкой ( $2,9 \pm 0,17$ ). Что касается взаимосвязи гендерных семейных установок с суммарным кардиоваскулярным риском, то она отрицательная, умеренная ( $r = - 0,33037$ ;  $p < 0,05$ ).

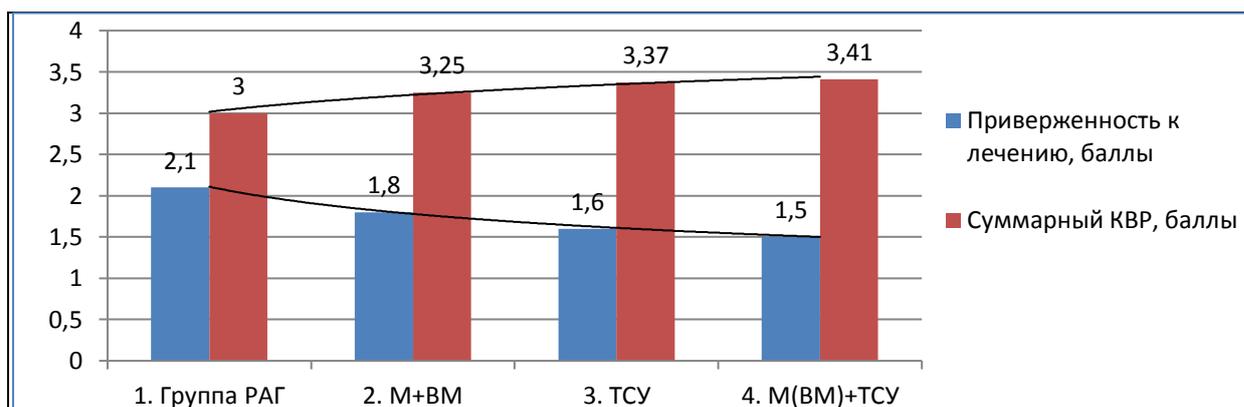
Таким образом, полученные результаты характеризуют традиционные семейные установки как фактор способствующий снижению приверженности к лечению и повышению суммарного КВР.

*Сочетание традиционного типа семьи с маскулинными стереотипами личности: приверженность к лечению и КВР.* Учитывая значимое учащение ТСУ у пациентов с маскулинным или высокомаскулинным гендерным стереотипом личности при РАГ, проведено сопоставление приверженности к лечению и суммарного КВР в следующих подгруппах пациентов: с

маскулинным и высокомаскулинным стереотипом личности (М или ВМ; вне зависимости от СП), с ТСУ (вне зависимости от IS) и с сочетанием этих гендерных особенностей.

Согласно полученным данным изучения значимости маскулинных гендерных стереотипов личности и традиционных типов семьи, наличие каждого из них у пациентов с АГ является фактором, отрицательно влияющим на психо-эмоциональные показатели и способствующим устойчивости повышения АД.

В рисунке 8 представлены приверженность к лечению и суммарный КВР у пациентов с РАГ и в подгруппах с разными характеристиками личности и семейных установок.



**Рисунок 8.- Приверженность к лечению и суммарный КВ риск пациентов с РАГ (1 гр.) в подгруппах с маскулинными стереотипами личности (М+ВМ, 2 гр.), с традиционной семейной установкой (ТСУ, 3 гр.) и их сочетанием (М или ВМ + ТСУ, 4 гр.).**

Установлено заметное снижение приверженности к лечению при РАГ и повышение суммарного КВР от общей группы РАГ ( $2,1 \pm 0,1$  и  $3,0 \pm 0,1$  – соответственно приверженность и КВР) к подгруппе пациентов с М+ВМ ( $1,8 \pm 0,1$  и  $3,25 \pm 0,1$ ) → к подгруппе с ТСУ ( $1,6 \pm 0,1$  и  $3,37 \pm 0,1$ ) и → к подгруппе с их сочетанием ( $1,5 \pm 0,1$  и  $3,4 \pm 0,1$  – соответственно приверженность к лечению и суммарный КВР).

При сочетании гендерных маскулинных и ТСУ у пациентов РАГ взаимосвязь IS с изучаемыми показателями умеренная, односторонняя с приверженностью к лечению ( $r = -0,553065$ ;  $p < 0,05$ ) и отрицательная с КВР ( $r = -0,4777$ ;  $p < 0,05$ ).

На женщин влияние сочетания маскулинных и ТСУ характеризуется появлением сильной односторонней взаимосвязи между IS и приверженностью к лечению ( $r = 0,87619$ ) и сильной отрицательной – с суммарным КВР ( $r = -0,81375$ ;  $p < 0,05$ ). У мужчин взаимосвязь между IS и приверженностью к лечению слабая ( $r = 0,24912$ ), но с суммарным КВР - средняя, отрицательная ( $r = -0,45538$ ;  $p < 0,05$ ).

На фоне сочетания этих гендерных установок взаимосвязь САД с КВР – односторонняя ( $r = 0,47515$ ;  $p < 0,05$ ), значимая как у женщин ( $r = 0,441811$ ;  $p < 0,05$ ), так и у мужчин ( $r = 0,56227$ ;  $p < 0,05$ ). Взаимосвязь САД с приверженностью к

лечению отрицательная слабая и по группе ( $r=-0,29901$ ) и у мужчин ( $r=-0,15995$ ); но у женщин взаимосвязь между САД и приверженностью сильная ( $r= -0,81462$ ).

*Взаимосвязь СП с изучаемыми показателями на фоне сочетания гендерных маскулинных и ТСУ у пациентов РАГ: умеренная, односторонняя с приверженностью к лечению ( $r=-0,424888$ ;  $p<0,05$ ) и отрицательная с КВР ( $r=-0,5165$ ;  $p<0,05$ ).*

У мужчин на фоне сочетания этих гендерных признаков взаимосвязь приверженности к лечению с СП слабая односторонняя ( $r=0,1481$ ), но суммарным КВР - средняя отрицательная ( $r= -0,53172$ ). У женщин такое сочетание гендерных характеристик усиливает взаимосвязь СП с приверженностью к лечению - появляется односторонняя сильная связь ( $r=0,83365$ ), а суммарным КВР - почти сильная отрицательная ( $r= -0,65211$ ;  $p<0,05$ ). Это свидетельствует о том, что на фоне сочетания маскулинных характеристик с ТСУ у женщин значительно снижается приверженность к лечению и КВР становится очень высоким.

Полученные результаты о повышении выраженности тревоги/депрессии на фоне сочетания маскулинных и традиционных гендерных характеристик личности и семьи – являются важными. В целом при РАГ средние значения тревоги ( $8,1\pm 0,35$ ) и депрессии ( $7,03\pm 0,38$ ) были ниже таковых подгруппы пациентов с сочетанием гендерных характеристик ( $8,84\pm 0,04$  и  $9,1\pm 0,6$  – соответственно тревоги и депрессии), т.е. наблюдается повышение выраженности тревоги и депрессии, как у мужчин, так и у женщин. Однако, при изучении взаимосвязи показателей, в группе пациентов с сочетанием этих гендерных показателей, заслуживает внимания отсутствие заметной связи тревоги с IS и СП в целом по группе и у мужчин. У женщин на фоне такого сочетания отмечается тесная отрицательная взаимосвязь между тревогой и с IS ( $r= -0,48444$ ;  $p<0,05$ ), и с СП ( $r= -0,51695$ ;  $p<0,05$ ).

Выраженность депрессии у пациентов с РАГ при сочетании маскулинных и ТСУ имеет умеренную отрицательную взаимосвязь и с IS ( $r=-0,47982$ ;  $p<0,05$ ), и с СП ( $r=-0,4705$ ;  $p<0,05$ ). Умеренная отрицательная взаимосвязь депрессии с IS и СП наблюдается как у мужчин ( $r= -0,38457$  с IS и  $r= -0,41344$  с СП), так и у женщин ( $r= -0,72081$  с IS и  $r= -0,62408$  с СП).

При изучении в зависимости от пола средних значений сравниваемых показателей в общей группе РАГ (1 группа) и в группе с сочетанием более патогенных гендерных признаков (2 группа) установлено, что несмотря на отсутствие значимых различий уровней САД, у женщин 2 группы ДАД выше ( $p<0,05$ ), чем у женщин 1 группы. У женщин 2 группы снижение приверженности ( $p<0,05$ ), повышение КВР ( $p<0,01$ ), уровни тревоги ( $p<0,001$ ) и депрессии ( $p<0,05$ ) - значимы. Такая же тенденция наблюдается у мужчин, однако различия показателей у мужчин первой и второй группы – не значимы ( $p>0,05$ ).

Таким образом, на фоне сочетания маскулинных стереотипов с ТСУ у мужчин повышение уровней тревоги, снижение приверженности к лечению и повышение суммарного КВР менее выражены, чем у женщин. Полученные результаты свидетельствуют, что отрицательному влиянию сочетания маскулинных (высокомаскулинных) характеристик личности с ТСУ подвергаются в большей степени женщины, у которых на фоне значимых патогенных сдвигов психо - эмоционального состояния КВР становится очень высоким.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

### **ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Тесная отрицательная взаимосвязь снижения основного гендерного индекса – IS (до зон высокомаскулинности), со значимо высоким АД достигнутым на фоне АГТ и выраженностью факторов, влияющих на прогноз (повышение ОХС, ИММЛЖ, ТИМ и снижение ЛПВП;  $p < 0,05$ ), - позволяет рассматривать маскулинные стереотипы личности вне зависимости от биологического пола как предикторов РАГ.

2. У пациентов среднего возраста с РАГ 2,5 раза чаще, чем при КАГ наблюдается традиционная СУ, на фоне которой, достигнутые уровни САД (у мужчин и женщин) и ДАД (у мужчин) значимо выше и сопровождаются учащением субклинических ПОМ.

3. Наличие прямой взаимосвязи между СП и IS ( $r = 0,593852$ ;  $p < 0,05$ ) при РАГ указывает на учащение маскулинных стереотипов личности вне зависимости от биологического пола на фоне традиционной СУ, что составляет характерную гендерную структуру, на фоне которой развивается недостаточная эффективность АГТ у пациентов среднего возраста.

4. Сочетание маскулинных гендерных характеристик личности и традиционных СУ сопровождается высоким уровнем стресса, повышением выраженности синдромов тревоги и депрессии, снижением психо-социальных составляющих КЖ. При сочетании этих гендерных характеристик личности и семьи у пациентов среднего возраста выраженность факторов риска и ПОМ имеет умеренную и сильную взаимосвязь не только с IS и СП, но и уровнем САД. Отрицательному влиянию сочетания маскулинных (высокомаскулинных) характеристик личности с традиционной СУ подвергаются в большей степени

женщины, у которых КВР становится очень высоким: отмечается однонаправленная взаимосвязь приверженности к лечению с IS ( $r= 0,876191$ ) и с СП ( $r= 0,83365$ ); отрицательная - САД с приверженностью к лечению ( $r=-0,81462$ ); отрицательная, умеренная - суммарного КВР с IS ( $r= 0,81375$ ) и СП ( $r= 0,65211$ ); односторонняя умеренная - САД с суммарным КВР ( $r= 0,56227$ ).

5. Небольшая частота андрогинного типа личности при РАГ, наряду с минимальной частотой факторов риска и ПОМ, значимо низкие значения САД, частое сочетание андрогинии с эгалитарным типом семьи, сравнительно высокое КЖ, приверженности к лечению и низкая степень суммарного КВР, - характеризуют этот тип как наименее патогенный и позволяют рассматривать как группу с относительно благоприятным течением РАГ.

### **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ**

1. Для улучшения прогнозирования недостаточной эффективности антигипертензивной терапии всем пациентам с АГ целесообразно проведение диагностики гендерных стереотипов личности (по IS) и типов семейных установок. Риск развития недостаточной эффективности АГТ на фоне андрогинного стереотипа личности и эгалитарной семейной установки у пациентов АГ - считать *низкой*. Вне зависимости от биологического пола в группу *высокого риска* по развитию РАГ следует отнести пациентов с маскулинными (и VM) гендерными стереотипами личности и с традиционным типом семейных установок.

2. Сочетание маскулинных стереотипов личности и традиционных СУ у пациентов с АГ, рекомендуется рассматривать как фактор развития РАГ, с выделением их в *группу очень высокого риска*. При таком сочетании гендерных характеристик взаимосвязь факторов риска (и ПОМ) с IS, СП и САД более выражена у женщин, что следует учитывать при профилактике РАГ.

3. При ведении пациентов среднего возраста с РАГ, следует учитывать различие условий, способствующие резистентности к АГТ при разном гендерном стереотипе личности: 1) при маскулинном стереотипе - избыточное употребление поваренной соли, пессимистическая самооценка состояния здоровья, курение сигарет и снижение приверженности к лечению; 2) при фемининном типе- учащение стрессовых ситуаций, повышение выраженности депрессии и пессимистическая самооценка состояния здоровья; 3) при андрогинном - увеличение массы тела и гипертриглицеридемия.

4. При проведении профилактики РАГ следует учитывать, что, несмотря на сопоставимость влияния ряда факторов риска при разном типе СУ (семейный анамнез, длительность АГ), факторы способствующие снижению эффективности АГТ при разном типе СУ различны: при традиционной - курение табака более 5 лет, чрезмерное употребление алкоголя и СОАС; при эгалитарной - избыточное употребление NaCl, СОАС и побочные эффекты АГП; при промежуточной - увеличение массы тела и низкая физическая активность.

## СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ

### Статьи в рецензируемых научных журналах:

- 1-А. Султонов Х.С. Течение артериальной гипертонии у мужчин среднего возраста / Х.С. Султонов, Н.А. Алимova, Х.Я. Шарипова, Г.М. Негматова // Вестник Авиценны – 2015-№1.-С.55-60.
- 2-А. Негматова Г.М. Эффективность контролируемой терапии артериальной гипертонии у лиц среднего возраста / Г.М. Негматова [и др.] // Вестник Авиценны –2016-№1. –С.67-71.
- 3-А. Ачева Г.А. Неконтролируемая и резистентная артериальная гипертония в возрастном и половом аспектах / Г.А. Ачева, Г.М. Негматова, Х.Я. Шарипова, Р.Г. Сохибов // Вестник Авиценны –2016-№1- С.54-59.
- 4-А. Негматова Г.М. Гендерные стереотипы личности и семейные установки у больных резистентной артериальной гипертонией / / Г.М. Негматова [и др.] // Вестник Авиценны –2017-№4. –С.450-456.

### Статьи в сборниках конференции

- 5-А. Шарипова Х.Я. Гендерные стереотипы маскулинности/фемининности и резистентная артериальная гипертония /Х.Я. Шарипова, Г.М. Негматова, А.А. Шербадалов//Проблемы современной науки и образования. -2016.- (65).- № 23, с. 89-92.
- 6-А. Шарипова Х.Я. Стереотипы семейных (поло-ролевых) установок у пациентов резистентной артериальной гипертонией /Х.Я. Шарипова, Г.М. Негматова, А.А. Шербадалов// Наука, техника и образование.- 2016.- (27).- № 9,с. 90-94.
- 7-А. Негматова Г.М. Љараёни бемории гипертонияи шараёнї дар шахсони миёнсол ӯангоми якљояшавии дастурӯои анъанавии оилавї ва стереотипнои мардсифати гендерї / Г.М. Негматова // Ављи Зуъал.-2017.-№3, с.33-36.
- 8-А. Негматова Г.М. Сочетание маскулинного стереотипа личности с традиционным типом семьи и резистентная артериальная гипертония / Г.М. Негматова, Х.Я. Шарипова// Материалы 66- годичной научно - практической конференции ТГМУ, Душанбе.-2018.- с.514-516.

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

АГ	артериальная гипертензия
АГТ	антигипертензивная терапия
АГП	антигипертензивные препараты
ВМ	высокомаскулинный стереотип личности
ГЛЖ	гипертрофия левого желудочка
ДАД	диастолическое артериальное давление
ДДЛЖ	диастолическая дисфункция левого желудочка
КАГ	контролируемая артериальная гипертензия
КВР	кардиоваскулярный риск
КДР ЛЖ	конечно-диастолический размер левого желудочка
ЛПВП	липопротеиды высокой плотности
М	маскулинный стереотип личности
НПЦВН	начальные проявления церебро-васкулярной недостаточности
ОХС	общий холестерин
ПОМ	поражение органов мишеней
РАГ	резистентная (рефрактерная) АГ
САД	систолическое артериальное давление
ССЗ	сердечно-сосудистые заболевания
СУ	семейные установки
СП	семейный показатель (условное обозначение)
СКАД	самостоятельный контроль (вне офиса) АД
ТСУ	традиционная семейная установка
ФВ ЛЖ	фракция выброса левого желудочка
ФК	функциональный класс
ХСН	хроническая сердечная недостаточность
ЦУ АД	целевые уровни АД
IS	основной индекс феминности/маскулинности

*Бо ҳуқуқи дастнавис*

УДК 616.12-008.331.1-085-05.

**НЕГМАТОВА ГУЛНОРА МАНСУРОВНА**

**СТЕРЕОТИПҲОИ ГЕНДЕРИИ ШАХСИЯТ ВА МАВҶЕИ ОИЛА ДАР БЕМОРОНИ  
СИННУ СОЛИ МИЁНА БО САМАРАНОКИИ НОКИФОЯИ ТАБОБАТИ  
АНТИГИПЕРТЕНЗИВӢ**

**АВТОРЕФЕРАТИ  
ДИССЕРТАТСИЯ БАРОИ ДАРӢФТИ ДАРАҶАИ ИЛМИИ  
НОМЗАДИ ИЛМИ ТИБ  
АЗ РӢӢИ ИХТИСОСИ 14.01.04 – БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ**

Душанбе -2019

Таҳқиқот дар кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МТД «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.

**Роҳбари илмӣ:**

**Шарипова Хурсанд Ёдгоровна**  
доктори илмҳои тиб, профессори  
кафедраи таълими асосҳои  
бемориҳои дарунии МТД  
«Донишгоҳи давлатии тиббии  
Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

**Муқарризи расмӣ:**

– **Нозиров Джамшед Хочиевич**  
доктори илмҳои тиб, Директори МТТ  
«Парастор-2014» Ваҳдат ВТ ва  
ҲИА ҶТ.  
– **Рачабзода Музафар Эмом**  
номзади илмҳои тиб, Директори МД МЧКБД

**Муассисаи тақриздиханда:** МДТ "Донишкадаи таҳсилоти баъди дипломи  
кормандони соҳаи тандурусти" - Вазорати  
тандурустӣ ва ҳивзи иҷтимоии аҳолии ҶТ.

Ҳимояи диссертатсия «\_\_\_» \_\_\_\_\_ с. 2019 соати \_\_\_\_\_ дар ҷаласаи  
Шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-038 МТД ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни  
Сино (734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139)  
баргузор мегардад. , [tajmedun.@tj](mailto:tajmedun.@tj), +992918724088

Бо диссертатсия дар китобхонаи илмии МТД «Донишгоҳи давлатии  
тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «\_\_\_» \_\_\_\_\_ с. 2019 ирсол гардид.

**Котиби илмӣ**  
**Шӯрои диссертатсионӣ,**  
**номзади илмҳои тиб**

**Р.Ҷ. Ҷамолова**

## МУҚАДДИМА

**Мубрамият.** Дар соҳаи омӯзиши проблемаи фишорбандии шарёнии (ФШ) эссенсиалӣ дар солҳои 60-80-уми асри XX дар тамоми ҷаҳон прогресси илмӣ-техникӣ дида мешуд, як қатор препаратҳои антигипертензивӣ (ПАГ) сохта шуданд, ки ба звеноҳои гуногуни патогенези ФШ таъсир мерасониданд. Ба назар чунин мерасид, ки вучуд доштани спектри васеи препаратҳои антигипертензивӣ вазифаи ба даст овардани сатҳи мақсадноки фишорбандии шарёни (ФШ)-росабук мегардонанд, аммо дар охири садсолаи гузашта дар хусуси зиёд шудани шаклҳои рефрактории ФШ ба таъобат маълумотҳо пайдо шудан гирифтанд [Щекотов В.В., 1994; Табакьян Е.А., 1999; Najjar I., Kotchen T.A., 1998-2000] ва мураккабии назорати ФШ дар шароити имрӯза яке аз проблемаҳои актуалии кардиология ба ҳисоб меравад [Карпов Ю.Ф., 2009-2012; Кобалава Ж.Д., бо ҳаммуаллифон 2012-2015; Конради А.О., 2009-2014; Чазова И.Е. бо ҳаммуаллифон 2010-2016].

Муқаррар карда шудааст, ки самаранокии нокифояи фармакотерапия дар якҷоягӣ бо усулҳои сершумори ислоҳи ғайримедикаментозии ислоҳи ФШ, ба даст овардани сатҳи мақсадноки ФШ-ро (Фишори шарёнии назоратшаванда) танҳо дар 30%-и беморон таъмин мекунад [Оганов Р.Г. бо ҳаммуаллифон, 2008; Чазова И.Е. бо ҳаммуаллифон, 2009; Pimenta E. бо ҳаммуаллифон, 2009]. Дар робита аз ин ФШ-и аввалия бештар диққатҷалбкунанда аст, вай нисбат ба таъобати антигипертензивӣ (ТАГ) (ФШР-фишорбандии рефректорӣ) устувор аст, вайро ҳангоми мавҷуд набудани сатҳи мақсадноки ФШ дар заминаи 3 препарати антигипертензивии (ТАГ) синфҳои гуногун ) аз ҷумла диуретикҳо) дар дозаи опЗИМалӣ ташхис кардан мумкин аст [Цибулькин Н.А., 2013; Чазов И.Е., 2011; Brookes L., 2008; A. Dela Sierra, 2011].

Маълумотҳои бузургтарин барномаи сохташудаи РМОАГ «ПРОРЫВ» нишон доданд, ки паҳншавии зиёди ФШ – и доранашаванда ва устувор дар занҳо бартарӣ дорад [Карпов Ю.А., 2012]. Дар омӯзиши проблемаҳои баланд бардоштани самаранокии табobati антигипертензивии (ТАГ) фишорбаландии рефракторӣ (ФШР) барномаҳои думарҳалагии РЕГАТА (аз тарафи РМОАГ ташкил карда шудааст) сахми муносиб гузоштаанд. Натиҷаҳои ин барнома барои омӯзиши шаклҳои дуҷумии устуворӣ бар ТАГ, ОУХ (осеби узвҳои ҳадаф) басомади ФШР дар мардҳо ва занҳо мусоидат карда, имконият доданд, ки муносибатҳои ташхиси ФШР ва ФШ назоратнашаванда такмил дода ва усулҳои фармакотерапияи он беҳтар карда шаванд [Чазова И.Е. бо ҳаммуаллифон, с. 2008-2016].

Дар айни замон фикрҳо дар бораи чараёни хушсифат ва муътадили ФШ дар кишварҳои, ки дар онҳо сатҳи даромади аҳоли миёна ва ё паст аст, маълумотҳои исботкунандаро тақозо мекунанд [ВОЗ, 2014]. ФШ ва оризаҳои он ( БИД, инсулт) асосан ба одамони синну соли миёнаи қобилияти корӣ осеб мерасонанд, ки вижагиҳои психологӣ-физиологии онҳо метавонанд хатари иловагии чараёни нисбатан вазнинтари беморию ба вучуд оваранд [Чазов Е.И., 2004]. Мубрамияти омӯзиши вижагиҳои гендерии шахсият дар беморони синну соли миёнаи гирифтори ФШ аз динамикаи олии протсессҳои иҷЗИМой вобаста аст, ки омилҳои иҷЗИМоии хатари саломатӣ, дар навбати аввал хатарҳоеро, ки ба гурӯҳи қобили кории аҳоли дахл доранд ва тавассути рафтори инфиродии шахсият зоҳир мегарданд, ташаккул медиҳад [Андреева Т.В., 2006; Тихонова Г.И., 2009; Дугин А. Г., 2010; Рогачева Т.В., 2010].

Дар Тоҷикистон, мисли дигар кишварҳои Осиёи Марказӣ динамикаи баланди детерминантҳои иҷЗИМой суръати протссеси трансформатсияи дастурҳо дар бораи нақши иҷЗИМоии занҳоро на танҳо дар самти эгалитаризатсия, балки дар маскулинизатсия низ (фаъолнокии маҷбурии иҷЗИМоии занҳо бо дастгирии молиявии оила, пайдо шудани қатъият, қиддият, мустақилият) –ро метезонанд. Дар чунин шароитҳо, бартараф

кардани чунин фаҳмишҳои ғалат, мисли муҳолифатҳои гендерӣ, омили доимо ва ба таври манфӣ таъсиррасонанда ба паҳлӯҳои рӯҳӣ-эмотсионалии шахсият, ҳам мардҳо ва ҳам занҳо мегардад. Аммо нишондиҳандаҳои гендерии шахсият ва оила дар беморони синну соли миёнаи гирифтори ФШР мавриди омӯзиш қарор дода нашудаанд. Барои ҳаллу фасли ин вазифа натиҷаҳои таҳқиқоти Соловева В.С. бо ҳаммуаллифон (соли 2013) таъсири муайян расониданд, дар ин таҳқиқот рафторҳои психологӣ ва хислати беморон дар ҳолатҳои стрессӣ-индуксионӣ вобаста аз ҷинс ва майл доштан ба стереотипҳои гендерӣ муқаррар карда шудааст. Дар таҳқиқотҳои зикршуда, мутаассифона, иртиботи мутақобилаи стереотипҳои гендерии шахсият ва дастури оилавӣ бо самаранокии нокифояи ТАГ (табобати антигипертензивӣ) дар беморони синну соли миёнаи гирифтори ФШ мавриди баррасӣ қарор дода нашудаанд. Ҳаллу фасли ин вазифаҳо метавонанд, ки барои сари вақт ошкор намудани пешхабарҳои (предикатарҳои) ФШР (фишорбаландии шарёнии резистентнокӣ) мусоидат намоянд, ташхис ва пешгирии саривақтиро беҳтар созанд.

### ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

**Мақсади таҳқиқот:** муқаррар кардани иртиботи мутақобилаи стереотипҳои гендерии шахсият ва дастури оилавӣ бо самаранокии нокифояи ТАГ (табобати антигипертензивӣ) дар беморони синну соли миёна.

#### **Вазифаҳои таҳқиқот:**

5. Омӯзиши басомади стереотипҳои гендерии мардона / занона ва дастурҳои оилавӣ дар беморони сини миёна нисбат ба резистентнокии фишорбаландӣ.

6. Ошкор намудани иртиботи мутақобилаи стереотипҳои гендерии мардона / занона ва дастурҳои оилавӣ бо омилҳои хатар ва осебҳои субклиникии узвҳои ҳадаф дар беморони гирифтори ФШР.

7. Таҳлил кардани қонуниятмандии таркиби стереотипҳои гендерии мардона / занона ва дастурҳои оилавӣ дар беморони гирифтори ФШР, муқаррар намудани иртиботи онҳо бо сифати ҳаёт, тамоюл бо табобат ва возеҳии синдроми изтироб/депрессия.

8. Таҳия намудани тавсияҳои илман асоснок ҷиҳати ошкор намудани предикаторҳои иловагии гендерӣ- сабабии ФШР.

**Навгонии илмӣ.** Принципҳои нави ҳаллу фасли вазифаҳои сари вақт ошкор намудани гурӯҳи хатар вобаста аз инкишофи ФШР ҳангоми истифода намудани ташҳиси тавсифҳои гендерии беморони синну соли миёнаи дорои ФШ.

Нишон дода шудааст, ки дар муқоиса аз методҳои мавҷудбудаи ташҳиси ФШР, муайян кардани тавсифҳои гендерии шахсият ва ДО (дастури оилавӣ), усули соддатар ва дастрас ба ҳисоб меравад ва барои муайян кардани предикаторҳои камомӯхташудаи самаранокии нокифояи ТАГ дар беморони синну соли миёна мусоидат мекунад.

9. Иттилоотнокии ташҳиси стереотипҳои гендерии шахсият ва дастурҳои оилавӣ ҳангоми ҷудо кардани гурӯҳи хатари инкишофи ФШР исбот карда шудааст. Ба ҳайси омили пешакии пайдошавии самаранокии нокифояи ТАГ дар беморони синну соли миёна, новобаста аз ҷинсиати биологӣ стереотипҳои гендерии олии мардонаи (ва мардона /маскулинӣ) шахсият ва ДО анъанавӣ ҷудо карда шудаанд.

Муқаррар карда шудааст, ки дар заминаи якҷояшавии стереотипҳои маскулинии (мардонаи) шахсият ва ДО-и анъанавӣ, иртиботи мутақобилаи омилҳои этиопатогенетикии ФШР (баланд шудани сатҳи стресс, изтироб, депрессия, зиёд шудани ЗИМ, кам шудани зухуроти ибтидоии норасоии сереброваскулярӣ ва (САОХ) синдроми апноэи обструктивии хоб на танҳо бо типҳои шахсият (бо IS) ва оила, балки бо сатҳи дар заминаи табобат ба даст овардашудаи ФШС (фишори шарёнии систоликӣ) дорои аҳамият аст.

### **Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо) ва мавзӯҳои илмӣ**

Таҳқиқоти илмӣ дар доираи корҳои илмӣ-таҳқиқотии кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино «Осебҳои ревматикӣ ва ғайривревматикӣ дилу рағҳо; интиҳби ҷинсӣ, вучуд доштани якчанд бемории музмин (аз лот. — «со» — якҷоя + «morbus» — беморӣ), ташхис ва табобат» (муҳлати иҷро 2016-2020) иҷро карда шудааст. Марҳалаҳои алоҳидаи таҳқиқот ҷузъи таҳқиқоте мебошанд, ки дар доираи барномаи давлатии «Стратегияи миллии солимии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон», банди 3 (Паст кардани сатҳи басомади бемориҳои ғайрисироятӣ ва музмин) ва банди 4 (Детерминантҳои солимӣ ва таблиғи тарзи ҳаёти солим) муҳлати иҷроиш солҳои 2010-2020 иҷро карда шудаанд.

#### **Нуктаҳои асосии барои Ҳимоя пешниҳодшаванда:**

Муносибатҳои дастраси беҳтар сохтани сари вақт ошкор сохтани гурӯҳи хатар ҷиҳати инкишофи ФШР дар беморони синну соли миёнаи гирифтори ФШ таҳия карда шуданд. Маълумотнокии стереотипҳои шахсият ва дастурҳои оилавӣ (бо динамикаи навсозӣҳои иҷЗИМои ҷамъият иртиботи зич дошта ва муайянкунандаи тарзи тафаккур, тарзи рафтор дар ҳолати беморӣ ва ҳолатҳои таъсири мутақобилаи муҳолифатӣ) барои ошкор сохтани омилҳои иловагии аз ҷиҳати гендерӣ вобастаи пешгӯйикунандаи инкишофи ФШР дар беморони синну соли миёна.

Иртиботи мутақобилаи пастшавии IS (ба диапазони типҳои маскулинӣ (мардона) ва олимаскулинии шахсият) ва нишондиҳандаи оилавӣ (ба диапазони анъанавии ДО), ки ҳамроҳ бо баландшавии возеҳии сатҳи стресс, изтироб/депрессия, вайроншавии профили шабонарӯзии ФШ ва ОУХ (осеби узвҳои ҳадаф) сурат мегиранд.

Иштироки таркиби стереотипии олимаскулинии шахсият ва ДО-и анъанавӣ дар паст шудани самаранокии ТАГ исбот карда шудааст. Беморони синну соли миёнаи дорои таркиби стереотипии олимаскулинии шахсият ва ДО-и анъанавӣ ҳамчун гурӯҳи дорои хатари иловагии олии пайдошавии ФШР ҷудо карда шудааст. Мвофиқи мақсад будани баррасии

стереотипи андрогинии шахсият ба ҳайси омили пешгӯйикунандаи нисбатан хуби ҷараёни ФШР тавсия карда шудааст.

**Тасвиби таҳқиқот.** Нуктаҳои асосии диссертатсия дар конференсияи IX солонаи илмӣ- амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино “Дастовардҳо ва дурнамои рушди илми тиб”, Душанбе, 2014, дар конференсияи X солонаи илмӣ- амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни ДДТТ “татбиқи дастовардҳои илми тиб дар амалияи клиникӣ” Душанбе, 2015, конференсияи солонаи 63-юми илмӣ- амалии «Саҳми илми тиб дар солимгардонии оила» бо иштироки намояндагони байналмилалӣ, с. 2015, Душанбе; дар Конференсияи II байналмилалии Ассотсиатсияи Авруосиёгии терапевтҳо ва конференсияи илмӣ- амалӣ, Бишкек с.2015: дар конференсияи илмии умумироссиягии донишҷӯён, бо иштироки намояндагони байналмилалӣ, бахшида ба 70-солагии Ғалаба дар Ҷанги Бузурги ватанӣ, Рязан,с. 2015; IV-умин Форуми байналмилалии кардиологҳо ва терапевтҳо, Москва, март с. 2015; II -умин конференсияи илмӣ- амалии байналмилалӣ “Илм ва тиб: назари ҷавонони муосир”, Алмато, март с.2015; Конференсияи I байналмилалии илмӣ- амалии “Ҷанбаҳои назариявӣ ва амалии инкишофи илми муосир”, Екатеринбург, с.2016; конференсияҳои солонаи илмӣ- амалии ДДТТ, солҳои 2016-2018.

**Интишори натиҷаҳои диссертатсия.** Дар доираи мавзӯҳои рисола 8 таълифоти илмӣ нашр шудааст, ки аз ҷумлаи онҳо 4 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи тавсиянамудаи КОА – и назди Президенти ҶТ ба ҷоп расидааст.

**Саҳми шахсии доктараби дарёфти дараҷаи илмӣ.** Таҳлили адабиёти илмии марбут ба мавзӯи таҳқиқоти диссертатсия, тарҳрезии мақсад ва вазифа, ҷамъоварӣ ва ба система даровардани маълумотҳои аввалияи клиникӣ марҳалаи ретроспективӣ ва таҳқиқоти статсионарӣ бо мушоҳидаҳои динамикӣ, гузаронидани қисми асосии таҳқиқоти клиникӣ, коркарди омории мавод ва таълифи диссертатсия, шахсан аз тарафи муаллиф анҷом дода шудаанд. Таҳти муоина 382 бемори синну соли миёнаи гирифтори ФШ аввалия қарор доштанд, 160 беморзан барои омӯхтани тавсифҳои гендерии шахсият ва ДО, нишондиҳандаҳои психо-эмотсионалӣ ва сифати ҳаёт ҷудо карда шуданд. Арзёбии нишондиҳандаҳои лабораторӣ

якчоя бо табибони лабораторияи биохимиявӣ сурат гирифт, усулҳои инструменталии таҳқиқот дар шӯбаи ташҳиси функсионлии ЦСС и ГХ РТ ва БКШ ГКБ гузаронида шуд.

**Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия.** Диссертатсия дар 119 саҳифаи матни компютерӣ (хуруфи *Times New Roman 14*, *фосилаи 1,5*) таълиф шуда, аз муқаддима, шарҳи адабиёти илмӣ, тавсифи мавод ва методҳои таҳқиқот, усулҳои коркарди омории натиҷаҳо, ду боби натиҷаҳои таҳқиқоти муаллифи рисола, бобҳои баррасии натиҷаҳои ба даст овардашуда, натиҷагирӣ, хулоса, тавсияҳо барои тандурустии амалӣ, феҳристи адабиёти истифодашуда иборат аст. Дар диссертатсия 14 ҷадвал, 22 расм мавҷуд аст. Дар феҳристи адабиёт 193 номгӯй, аз ҷумла 111 сарчашма бо забони русӣ оварда шудааст

### МУҲТАВОИ РИСОЛА

**Мавод ва методҳои таҳқиқот.** *Марҳалаҳои таҳқиқот ва тавсифи шахсони таҳқиқшуда.* Таҳқиқот дар шӯбаҳои кардиологӣ, неврологӣ ва терапевтии Маркази шаҳрии саломатии №2 (ба номи академик К.Т. Тоҷиев) шаҳри Душанбе гузаронида шуд.

Дар марҳалаи скринингӣ таҳти муоина 382 бемори синну соли миёна (236/61,8% зан ва 146/38,2% мард) гирифтори ФШ аввалия қарор доштанд, ки мувофиқи Тавсияҳои Ҷмъияти тиббии Россиягии оид ба ФШ (2015) таҳқиқ шуда буданд, барои минбаъд, бо мақсади истисно кардани «псевдорезистентнокӣ», ошкор намудани резистентнокии ниҳонӣ, арзёбии устувории дастовардҳои сатҳи мақсадноки ФШ ҳангоми таъйин кардани дозаҳои пурра ва комбинатсияҳои нисбатан самараноктари ТАГ, идома додани таҳқиқот дар давоми 2 моҳ розигӣ дода буданд.

*Меъёрҳои дохилкунӣ:* Беморони синну соли миёнаи (45-59-сола) гирифтори ФШ аввалия.

*Меъёрҳои хоричкунӣ:* БИД, ихтилолҳои шадиди гардиши хуни майна, ки қаблан аз сар гузаронидаанд, дараҷаҳои 2-3 НМД, БМҶ дараҷаҳои III–V (СФК < 60 мл/дақ./1,73м<sup>2</sup>), диабет қанд (ДҚ), синдроми метаболикӣ (СМ), бемориҳои музмини инсидодии шушҳо.

Тамоюлнокии беморон ба табобат назорат карда шуд, чорабиниҳои баланд бардоштани сатҳи малакаҳои худназораткунӣ ва модификатсияи тарзи ҳаёт гузаронида шуданд. Табобати антигипертензивӣ бо роҳи паст кардани дозаи дорухое (ё катъ кардани онҳо), ки таъсири прессорӣ ва ба вучуд овардани схеми опЗИМалии 3 компонентаи табобатро доранд, дар бештари ҳолатҳо ҳангоми таъйин кардани блокатори системаи ренин-ангиотензинӣ (иАПФ, ё БРА), антагонистҳои калсий ва диуретикҳо роҳандозӣ шуд; дар баъзе ҳолатҳо  $\beta$ -блокаторҳо (ва ё  $\alpha$ -блокаторҳо), агонистҳои ретсепторҳои имидазолинӣ, клонидин таъйин карда шуд; денерватсияи реналӣ гузаронида нашуд.

*Чудо кардани беморони синну соли миёнаи дорои самаранокии нокифояи табобати антигипертензивӣ.* Ҳангоми арзёбӣ намудани устувории ба даст овардани ифодаҳои мақсадноки ФШ маълумотҳои «офисӣ» ва шабонарӯзии назорати хонагии ФШ ба ҳисоб гирифта шуданд. Дар вақти арзёбӣ намудани самаранокии табобат дар марҳалаи госпиталӣ беморони дорои ФШНШ - фишорбаландии шарёнии назоратшаванда (муваффақиятҳои устувори ФШ мақсаднок дар заминаи ДФШ (дорухои фишорбаландии шарёнӣ), ФШНН -фишорбаландии шарёнии назоратнашаванда (набудани муваффақиятҳои устувори ФШ мақсаднок дар заминаи ду ДФШ ва ФШР -фишорбаландии шарёнии резистентӣ (набудани муваффақиятҳои устувори ФШ мақсаднок дар заминаи се ДФШ синфҳои гуногун, аз ҷумла диуретикҳо, дар дозаи опЗИМалӣ ё 4 ва ё зиёда ДФШ) ба ҳисоб гирифта шуд. Дар марҳалаи статсионарӣ:

Дар охири муоина дар 132 (35,1%) бемор ифодаҳои мақсадноки ФШ ба даст оварда шуд, яъне ФШНШ тасдиқ гардид. Дар 120 (31,9%) бемор ифодаҳои мақсадноки ФШ дар заминаи ТАГ дучузъа ба даст оварда нашуд (ФШ мақсаднок дар натиҷаи истифода кардани миқдори зиёди дорухои антигипертензивӣ ба даст оварда шуд) ва онҳо ба гурӯҳи ФШНН дохил карда шуданд. ФШ мақсаднок дар зминаи ТАГ 3-4 чузъа дар 124 (33%)

бемор ба даст оварда нашу два ин беморон ба гурӯҳи ФШР дохил карда шуданд.

Дар марҳалаи асосии таҳқиқот дар беморони дорои ФШНШ ва ФШР ба таври муқоиса стереотипҳои гендерии шхсият ва оила, твсифи рӯҳиву иҷЗИМой дар иртиботи мутақобила бо вижагиҳои ҷараёни ФШ омӯхта шуданд, яъне меъёрҳои дохилкунӣ инҳо буданд: беморони синну соли миёни дорои ФШНШ аввалия ва ФШР; меъёрҳои хориҷкунӣ: беморони дорои ФШНН, БИД, ихтилолҳои шадиди гардиши хуни майна, дараҷаҳои 2-3 НМД, БМЧ дараҷаҳои III–V, диабети қанд (ДК), синдроми метаболӣ (СМ), бемориҳои музмини инсидодии шушҳо.

Ба меъёрҳои дохилшавӣ 124 бемори дорои ФШР ва 132 бемори ФШНШ мувофиқат кард, ки аз ҷумлаи онҳо мувофиқи ҷинс ва синну сол ду гурӯҳи беморон ташкил карда шуд:

1) гурӯҳи яқум – 80 бемори дорои ФШР, ки дар онҳо пастшвии устувори ФШ то сатҳи мақсаднок дар заминаи истифодаи дозаи опЗИМалии се ДФШ-и синфҳои гуногун, аз ҷумла диуретикҳо дида нашуд; мардхон – 34 (синну сол  $53,0 \pm 0,7$ ), занҳо – 46 ( $53,3 \pm 0,6$  синну сол); синну соли миёна  $53,2 \pm 0,45$  сол. Давомнокии ФШ ба ҳисоби миёна  $4,7 \pm 0,2$  сол, аз ҷумла то 5 сол дар 41,3%.

2) гурӯҳи дуҷум - 80 бемори дорои ФШНШ, яънебо пастшавии устувори ФШ то сатҳи мақсаднок дар заминаи таъботи на зиёд аз ду ДФШ. Мардҳо – 36 (синну сол  $53,1 \pm 0,7$ ), занҳо – 44 (синну сол  $53,5 \pm 0,7$ ); синну соли миёна  $53,3 \pm 0,5$  сол. Давомнокии ФШ ба ҳисоби миёна  $4,2 \pm 0,2$  сол, аз ҷумла то 5 сол дар 65%.

*Методҳои таҳқиқот.* Дар беморони ба таҳқиқот дохил кардашуда, ба ҳайси предикаторҳои (пешхабарҳои) самаранокии нокифояи ТФШ тавсифҳои гендерии шахсият (ташҳиси маскулиният (мардонагӣ)/фемининият (занонагӣ)); типии дастурҳои оилавӣ) ва рӯҳиву иҷЗИМой (сифати ҳаёт (СХ); возеҳии изтироб ва депрессия, дараҷи стресс)

ва иртиботи мутақобилаи онҳо бо нишондиҳандаҳои клиникӣ-гемодинамикӣ ва хатари умумии бемориҳои дилу рағҳо омӯхта шуд.

*Муайян кардани вижагиҳои гендерии шахсият*, тамоюлнокии стереотипҳои гендерии маскулинният (мардсифатӣ ва фемининният (зансифатӣ) тибқи пуршишномаи модификатсионии нқши ҷинсии С.Бэм [BemS.L., 1981] бо дар назардошти шохиси (индекси) асососии IS муайян карда шуд. Мувофиқи бузургии IS беморони дорои стереотипҳои шахсии андрогинӣ (аз -1 то +1), маскулиннӣ (пасттар аз -1), баландмаскулиннӣ (пасттар аз -2,025), фемининнӣ (болотар аз +1) ва олифемининнӣ (болотар аз +2,025) ҷудо карда шуданд.

Ҷудо кардани типҳои дастурҳои оилавӣ мувофиқи пуршишномаи «Таксим кардани нақшҳо дар оила» [Алешин Ю.Е., 2010] бо ҷудо кардани 3 типи оилаҳо ҳангоми ҳисоб кардани баллҳо гузаронида шуд: анъанавӣ (1-2 балл), эгалитарӣ (2 -3 балл) ва мобайнӣ (нормуайян, 3-4 балл); ифодаро мо шартан нишондиҳандаҳои оилавӣ (НО) ном гузоштем. Бо мақсади баҳо додан ба сатҳи депрессия ва изтироб Шкалаи Госпиталии [ZigmondA.S. ва SnaithR.P., с1983] мавриди истифода қарор дода шуд. Сифати ҳаёт (СХ) бо ёрии саволнома барои беморони психосоматикӣ [Сидоров П. И., 2004] баҳогузорӣ карда шуд; ҳолати соматикӣ, ҳолати психологӣ ва фаъолнокии иҷЗИМой баҳогузорӣ карда шуд. дараҷаи стресс тибқи шкалаи стресси психологии L.Reeder (дар модификатсияи О.С. Копиной бо ҳаммуаллифон, с.1989) муайян карда шуд.

Омилҳои хатари ба ҷараёни ФШ таъсиркунанда муайян карда шуданд: одатҳои зарарнок (сигоркашӣ, аз ҳад зиёд истеъмол кардани машрубот, аз меъёр зиёд истеъмол намудани намаки ошӣ) давомнокии ФШ, зиёд шудани вазни бадан дар 5 соли охир, синдроми апоноэи инсидодии хоб (тибқи маълумоти шкалаи хоболудагии Ерworth ва анкетаи модификатсияшудаи Страдлинг), таъсирҳои иловагии манфии ТФШ. Ҳангоми ба ҳайси омили хатар омӯхтани спектри липидӣ ин тағйиротҳо баррасӣ шуданд: гиперхолестеринемия (ХСУ (холестерини умумӣ)>4,9

ммол/л), гипертриглитсеридемия (ТГ>1,7 ммол/л), паст шудани липопротедҳои зичиашон олі ( $<1$  ммол дар мардҳо,  $<1,2$  ммол/л дар занҳо).

Дар ҳамаи беморон ЭКГ ва ЭхоКГ гузаронида шуд. Дисфунксияи диастоликии меъдачаи чап (ДДМЧ) дар эхокардиографи «Acuson» 128 XP/10 мутобиқи қуллаҳои E/A баррасӣ гардид. Ғафсии девораи рағҳо (ЗИМ $\geq 0,9$  мм) ҳангоми сканиркунии дуплексии шарёнҳои брахиосефалӣ муайян карда шуд [R.V.Devereuxetal., 2006; J.A. Chirinosetal., 2010].

Дар хусуси тамоюлноқӣ ба табобат аз рӯи баҳогузорӣ ба самаранокии табобати гузаронидашудаи ТФШ дар заминаи муоина кардан ва маълумотҳои тестӣ [MoriskyD.E. etal., 1986] хулоса бароварда шуд. дар хусуси шохиси (индекси) шабонарӯзии ФШ аз рӯи дараҷаи пастшавии шабонаи ФСШ ва ФДШ хулоса бароварда шуд.

Дар бемороне, ки бемориҳои дилу рағҳо, диабети қанд ё дарҷаи шадидан возеҳи омилҳои алоҳидаи хатар надоштанд, ба категорияи хатари 10-солаи фавт аз бемориҳои дилу рағҳо ба ҳисоб гирифта шуд; арзёбии категорияи хатари умумии кардиоваскулярӣ омӯхта шуд [РМОАГ, 2015; EACPR, 2012]. Вобаста аз дарҷаи хатари умумии кардиоваскулярӣ мутаносибан ҳангоми дараҷаи баланд, хеле баланд, муътадил ва пасти хатар ба беморон 4-3-2 ва 1 балл дода шуд.

*Коркарди омории мавод* бо истифода аз усулҳои омории параметрӣ ва ғайри параметрӣ, бо ёрии пакети амалии «Statistica 6,0» анҷом дода шуд. вижагии тақсимбандии омории бузургиҳои таҳқиқшаванда бо истифодаи меъёри  $\chi^2$ - и Пирсон ва меъёри Колмогоров-Смирнов баҳогузорӣ карда шуд. Намунаҳои интихобшуда дар шакли «миёнаи арифметикӣ  $\pm$  хатоии миёна» пешниҳод карда шуданд. Бо мақсади баҳогузорӣ кардан ба фарқиятҳои байни гурӯҳҳо меъёри  $\chi^2$ , U-меъёри Манн-Уитни ва дар ҳолати муътадил тақсим кардани аломат-меъёри Студент; фарқият аз ҷиҳати ифодаи омории дар  $p<0,05$  ҳисоб карда шуд. Ҳангоми арзёбӣ намудани алоқаҳои

коррелятсионӣ аз коррелятсияи дараҷавии Спирмен ва коэффитсиенти коррелятсияи Пирсон истифода карда шуд.

### НАТҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Ҳангоми омӯхтани стереотипҳои гендерии беморони маскулинӣ/фемининии дорои ФШ муқаррар карда шуд, ки ҳангоми ФШР стереотипҳои маскулинӣ (аз ҳисоби олимаскулиниятӣ) назар ба ФШНШ хеле бештар ( $71,25\%; p < 0,05$ ) во меҳӯранд, ҳол он ки стереотипҳои андрогинӣ хеле кам ба назар мерасанд, ( $p < 0,05$ ). Стереотипҳои фемининӣ ва олифемининӣ бештар дар беморони дорои ФШНШ ба назар мерасанд ( $p > 0,05$ ).

Дар занҳои дорои ФШР басомади зиёди стереотипҳои маскулинии шахсият муқаррар карда шуд, ки ҳангоми муқоиса кардан бо мардҳо аҳамиятноканд ( $50\%; p < 0,001$ ). Миқдори зиёди стереотипҳои олимаскулинӣ дар мардҳои дорои ФШР ҳам ҳангоми муқоиса бо занҳо ва ҳам мардҳои гурӯҳи ФШНШ муҳим буд ( $p < 0,001$ ). Мутаносибан ифодаҳои миёнаи манфии IS дар беморони дорои ФШНШ ( $-1,05 \pm 0,16$ ) аз ҳамин гунна нишондодҳои беморони ФШНШ ( $-0,52 \pm 0,16$ ) аз 2 маротиба бештар буд ( $p < 0,001$ ).

Ҳангоми ба таври муқоиса омӯхтани типҳои дастурҳои оилавӣ муқаррар карда шуд, ки типҳои нъанавии дастурҳои оилавӣ бештар дар беморони дорои ФШР ба мушоҳида мерасанд ( $50\%$  ва  $18,8\%$ , мутаносибан ҳангоми ФШР ва ФШНШ;  $p < 0,01$ ).

Типҳои номуайян (мобайнӣ) ва эгалитарии дастурҳои оилавӣ бештар дар беморони дорои ФШНШ (ҷадвали 1) дида мешавад ( $p > 0,05$ ).

**Ҷадвали 1.- Басомади стереотипҳои гендерии шахсият дар беморони дорои ФШ аз рӯи шохиси (индекси) асосӣ - IS ( $M \pm m$ )**

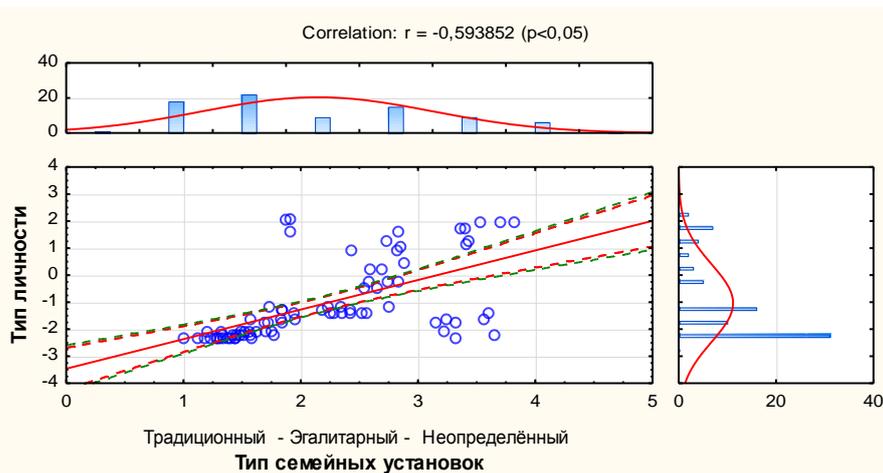
Типҳои гендерии шахсият	ФШР (n=80)	ФШНШ (n=80)	P
-------------------------	---------------	----------------	---

Шохиси (индекси) асосӣ – IS ( $M \pm m$ )	-1,05±0,16	-0,52±0,16	<0,05
1. Маскулинӣ (IS камтар аз -1) (мутл/%)	-1,45±0,04	-1,36±0,04	<0,0001
	26 (32,5)	28 (35,0)	>0,05
2. Олимаскулинӣ (IS камтар аз -2,025) (мутл/%)	-2,23±0,019	-2,22±0,027	>0,05
	31 (38,8)	14 (17,5)	<0,01
Ҳамагӣ (маскул.+олимаскул.), мутл/%:	57 (71,3)	42 (52,5)	<0,05
3. Фемининӣ (IS бештар аз +1) (мутл/%)	1,59±0,1	1,46±0,136	>0,05
	11 (13,8)	11 (13,8)	>0,05
4. Олимаскулинӣ (IS бештар аз +2,025) (мутл/%)	2,08±0,012	2,15±0,05	>0,05
	2 (2,5)	5 (6,2)	>0,05
Ҳамагӣ (фемин.+олифемин.), мутл/%:	13 (16,3)	16 (20,0)	>0,05
5. Андрогинӣ (IS аз -1 то +1) (мутл/%)	0,12±0,17	0,04±0,12	>0,05
	10 (12,5)	22 (27,5)	<0,05

Эзоҳ: p – ифодаи омории фарқияти нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (бузургҳои нисбӣ аз рӯи меъёри  $\chi^2$ , бузургҳои мутлақ бошад аз рӯи U-меъёри Манн-Уитн).

*Омӯзиши иртиботи мутақобилаи байни стереотипии гендерии маскулинӣ/феминӣ ва стереотипии дастурҳои оилавӣ ҳангоми ФШР мавҷуд будани иртиботи мутақобилаи манфии байни IS нишондиҳандаи оилавӣ – НО (нишондиҳандаи оилавӣ) ( $r = -0,593852$ ;  $p < 0,05$ ), яъне кам шудани ифодаи IS, ҳамроҳ бо камшавӣ, асосан дастури анъанавии оилавӣ (расми 1).*

Қисми асосӣ (37 бемор; 92,5%) зергурӯҳҳо бо дастури анъанавии оилавӣ (ДАО)-ро беморони бо типии шахсияти маскулинӣ (22,5%) ва олимаскулинӣ (70%) ва ифодаи миёнаи IS ( $-1,764 \pm 0,175$ )- наздик ба олимаскулинӣ ташкил доданд. Дар зергурӯҳи беморони дорои дастури анъанавии оилавӣ фемининҳо ва олифемининӣ -ҳамагӣ 3 (7,5%)-ро ташкил дод, бо типии шахсияти андрогинӣ мавҷуд набуд. Дар беморони дорои типии шахсияти маскулинӣ ва олимаскулинӣ бештар дастури анъанавии оила (ДАО) дида шуд; чунин таркиб 2,5 маротиба дар мардҳо бештар буд.

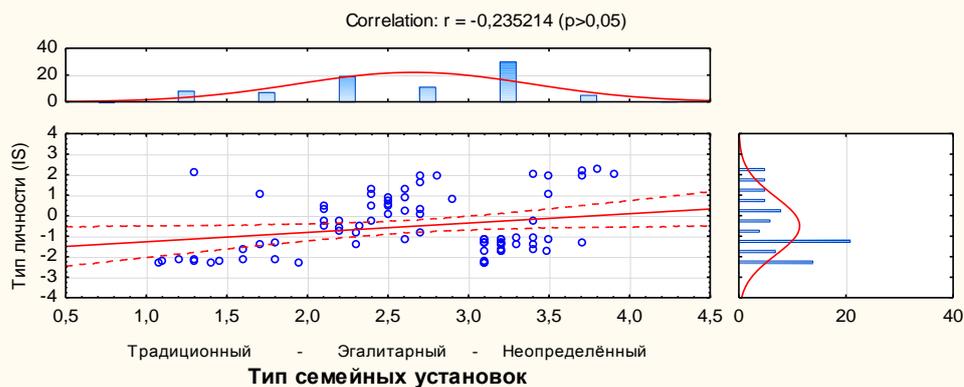


Типи шахсият –Анъанавӣ –Эгалитарӣ – Номуайян  
 Типи дастурҳои оилавӣ

Расми 1.- Иртиботи мутақобилаи байни стереотипи гендерии шахсият (IS) ва типҳои дастурҳои оилавӣ дар беморони дорои ФШР (мувофиқи Спирмен).

Ҳангоми дастури оилавии номуайян ифодаи миёнаи IS ба сифр (0) ( $-0,238 \pm 0,413$ ) баробар аст ва ин зергурӯҳ аз беморони ҳам типҳои шахсияти фемининӣ (44,4%), ҳам маскулинӣ ҳамагӣ 50% (33,3% - маскулинӣ ва 16,7% - бо олимаскулинӣ); бо типҳои шахсияти андрогинӣ - танҳо 1 (5,5%) бемор ташкил ёфтааст.

Чунин мақсади иртиботи мутақобилаи байни типҳои гендерии шахсият ва типҳои дастурҳои оилавӣ дар беморони ФШНШ (расми 2) низ дида мешавад: дар зминаи пастшавии ифодаи IS типҳои номуайян ва анъанавии дастури оилавӣ ( $r=0,235214$ ;  $p>0,05$ ) кам мешавад. ДАО дар беморони дорои ФШНШ хеле кам дида мешавад: дар 25%-и мардҳо ва дар 9,1%-и занҳо дар заминаи типҳои шахсияти маскулинӣ ва олимаскулинӣ. Дастури оилавии эгалитарӣ бештар дар беморони дорои стереотипии шахсияти андрогинӣ дида шуд, дар беморони дорои олифеминӣ ва олимаскулинӣ дида нашуд. Дастури оилавии номуайян дар заминаи ФШР асосан дар заминаи маскулинӣ, олимаскулинӣ (71,4%) ва олифеминӣ (дар 3 бемор аз 4 олифеминӣ), яъне ҳангоми ифодаҳои пасттарин ва ифодаҳои баланди IS дида мешавад.



### Типи шахсият –Анъанавӣ –Эгелитарӣ – Номуайян Типи дастурҳои оилавӣ

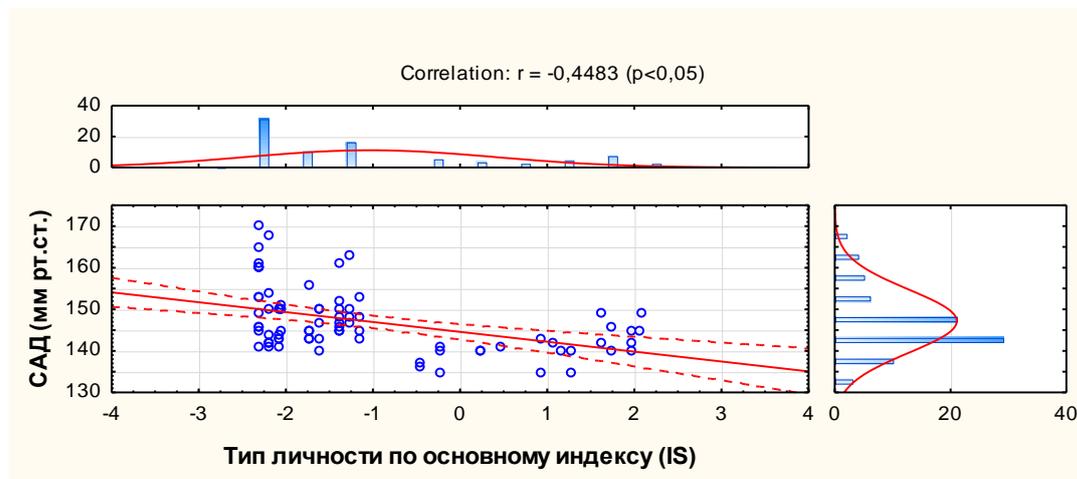
Расми 2.- Иртиботи мутақобилаи байни стереотипи гендерии шахсият (IS) ва типҳои дастурҳои оилавӣ дар беморони дорои ФШР (мувофиқи Спирмен).

Ҳамин тавр, дар беморони синну соли миёнаи дорои ФШ иртиботи мутақобили манфии байни IS ва типҳои дастури оилавӣ (муътадил хангоми ФШР вас уст хангоми ФШНШ), яъне паст шудани ифодаи IS, ки ҳамроҳ бо камшавии махсусан ДОА муқаррар карда шуд. сурат мегирад. Камшавии мушоҳидашавандаи типҳои номуайяни оила хангоми ФШНШ, махсусан дар беморони олимаскулинӣ (ва маскулинӣ) ва олифенининӣ, яъне стереотипҳои шахсият, ки дар заминаи онҳо дар беморони дорои ФШР дастури анъанавии оилавӣ ба мушоҳида мерасад, ҷолиби диққат аст.

*Сатҳи ба даст овардашудаи ФШ, омилҳои хатар ва осеби узвҳои ҳадаф хангоми стереотипҳои гуногуни гендерии шахсият.* Хангоми омӯхтани сатҳҳои ба даст овардашудаи ФШ (хангоми ТАГ думоҳа) ва профили шабонарӯзии он муқаррар карда шуд, ки дар зминаи резистентнокӣ бар ТАГ, дарҷаи ФШС ( $147,1 \pm 0,85$ ) ва ФШД ( $95,0 \pm 0,38$ ) ба таври эъзимонок аз ҳамин гуна нишондодҳо хангоми ФШНШ ( $129,5 \pm 0,87$  ва  $82,7 \pm 0,38$ ) баланд аст ва ҳамроҳ бо зиёдшавии ихтилоли тағйирёбандагии ритми шабонарӯзии ФШ бо типҳои камшавии нокифояи шабонаи ФШС (70% ва 23,7% мутаносибан хангоми ФШР ва ФШНШ) ҷараён мегирад; фарқиятҳои ҷинсӣ дар дохили гурӯҳҳо чандон муҳим нест. Ин профили шабонарӯзӣ бештар

дар беморони дорои стереотипи маскулинӣ (83,9%;  $p < 0,05$ ) ва камтар дар дорои стереотипи фемининӣ (10,7%) ва андрогинӣ (5,4%) ба назар расид.

Дар беморони синну соли миёни дорои ФШР иртиботи мутақобилаи ФШ ва IS манфӣ аст: байни IS ва ФШС ( $r = -0,4483$ ;  $p < 0,05$ ) ва ФШД ( $r = -0,5594$ ;  $p < 0,05$ ) муътадил мебошад (расми 3).



ФШС (мм сут.сим.) Типи шахсият аз рӯйи шохиси асосӣ (IS)

**Расми 3.-** Иртиботи мутақобилаи байни IS ва ФШС дар беморони дорои ФШР (мувофиқи Спирмен).

Дар зергшурӯҳи беморони дорои типҳои шахсияти маскулинӣ ва олимаскулинӣ дар заминаи ФШС – манфӣ ва муътадил дар мардҳо ( $r = -0,334$ ;  $p < 0,05$ ) ва дар занҳо ( $r = -0,471$ ;  $p < 0,05$ ); дар ин зергшурӯҳ (М+ОМ) ФШС баландтар ( $149,5 \pm 0,81$  мм сут.сим.) ҳамин гуна нишондод дар беморони типҳои фемининӣ ( $142,7 \pm 1,1$ ) мебошад. Дар беморони типҳои фемининӣ ва олифемининӣ иртиботи мутақобилаи байни IS ва ФШС мустақим, муътадил ( $r = 0,5165$ ;  $p < 0,05$ ) аст. Зиёд шудани ифодаҳои пасти ФШС ( $138,8 \pm 0,9$  мм сут. сим.) ва ФШД ( $93,6 \pm 3,8$  мм сут. сим.), дар андрогинҳо (ҳангоми IS аз -1 то +1) будан. ( $138,8 \pm 0,9$  мм сут. сим.) ва фарқияти ФШ бо дигар соҳаҳои ифодаҳо (баландтар ва пасттар) (яъне, дар беморони дорои типҳои шахсияти фемининӣ ва маскулинӣ) муҳим буд ( $p < 0,001$ ).

Қайд кардан зарур аст, ки сатҳи баланди ФШД, аз ифодаҳои миёна хеле баланд аст, бештари вақтҳо дар типҳои шахсияти маскулинӣ ва олимаскулинӣ ба назар мерасад. Дар маҷмӯъ, ҳангоми ФШР иртиботи мутақобилаи IS бо ФШС ва ФШД муътадил (наздиқ ба қавӣ),

коэффитсиенти коррелятсияи ( $r$ ) байни IS ва ФШС ба  $-0,4483$ , ва аз ФШД ба – минус  $-0,5594$  баробар буд.

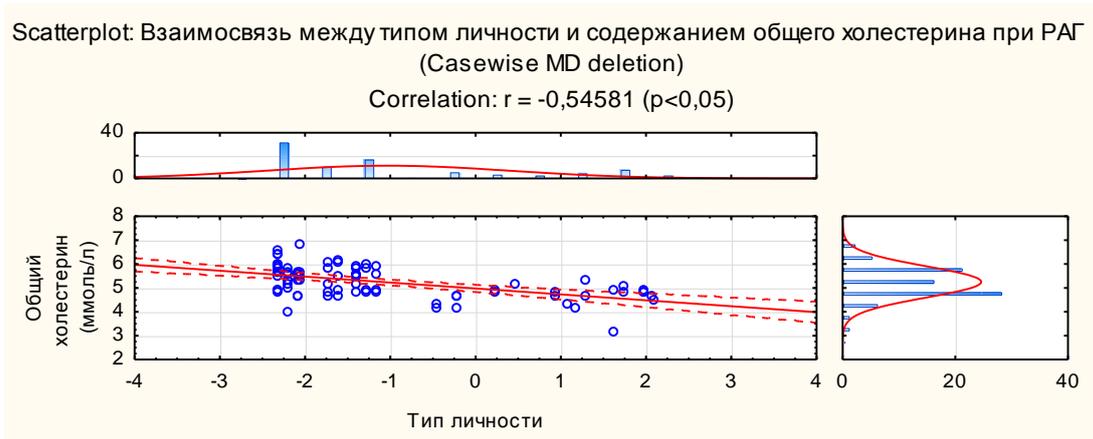
Ҳангоми ФШНШ иртиботи мутақобилаи IS бо ФШС ва ФШД сусти ( $r=-0,26985$  ва  $r=-0,2451$ , мутаносибан бо ФШС ва ФШД) аст. Дар типҳои фемининӣ ва олифемининӣ иртиботи мутақобилаи IS бо ФШС муътадил мустақим ( $r=0,4696$ ;  $p<0,05$ ) аст; дар зергурӯҳи беморони маскулинӣ ва андрогинии дорои ФШНШ иртиботи мутақобилаи назаррас, аммо сусти IS бо ФШС ба мушоҳида расид.

Дар заминаи ифодаҳои пасти IS як қатор омилҳои хатар бештар дар беморони дорои ФШР ба назар мерасад, иртиботи мутақобилаи манфӣ, муътадил бо анамнези оилавии бемориҳои брвакти дилу рағҳо ( $r=-0,31149$ ) ҷой дорад, давомнокии ФШ ( $r=-0,33369$ ), сигоркашӣ ( $r=-0,48222$ ), истеъмоли аз меъёр зиёди машрубот ( $r=-0,50353$ ) ва намаки ошӣ ( $r=-0,47539$ ), СИАХ (синдроми инсидодии апноэи хоб) ( $r=-0,52661$ ). Аммо ҳангоми типҳои шхсияти маскулинӣ ва олимаскулинӣ иртиботи мутақобила бо IS танҳо бо сигоркашӣ ( $r=-0,60057$ ), истеъмоли аз меъёр зиёди машрубот ( $r=-0,64868$ ) ва СИАХ ( $r=-0,51678$ ) манфӣ муътадил аст.

Дар заминаи стереотипии фемининӣ ва олифемининӣ ифодаи мустақими иртиботи мутақобилаи IS бо зиёд шудани давомнокии ФШ болотар аз 5 сол ( $r=0,372257$ ), зиёд шудани массаи бадан дар 5 соли охир ( $r=0,343245$ ) ва фаъолнокии сусти ҷисмонӣ ( $r=0,32261$ ) буд. Дар типҳои шхсияти андрогинӣ, дар муқоиса бо ҳамин гунна нишондодҳои гурӯҳи ФШНШ зиёдшавии назарраси худбаҳодиҳии пессиместии дурнамои саломатӣ ( $p<0,001$ ) дида шуд, аммо коррелятсияи муҳим бо IS танҳо бо зиёд шудани массаи бадан дар 5 соли охир ( $r=0,354218$ ;  $p<0,05$ ) дида мешавад.

Ҳангоми омӯختани спектри липидӣ ба назар расид, ки ҳангоми ФШР иртиботи мутақобилаи байни IS ва холестерини умумӣ (расми 4) муътадил, манфӣ ( $r=-0,54581$ ;  $p<0,05$ ). Дар заминаи пасти шудани ифодаи IS (стереотипи маскулинӣ ва олимаскулинӣ) сатҳи баландтарини холестерини

умумӣ ва ифодаи пасти липопротеидҳои зичиашон зиёд ба мушоҳид мерасанд.



Иртиботи мутақобилаи байни типи шхсият ва муҳтавои холестерини умумӣ ҳангоми ФШР  
Холестерини умумӣ Типи шхсият

**Расми 4.- Иртиботи мутақобилаи байни муҳтавои холестерини умумӣ ва IS дар беморони гирифтори ФШР (мувофиқи Пирсон).**

Дар зергурӯҳи беморони типи шхсияти маскулинӣ ва олимаскулинӣ баландшавии холестерини умумӣ ( $5,48 \pm 0,06$ ) ва триглицеридҳо ( $1,88 \pm 0,025$ ), дар баробари ифодаҳои пасти липопротеидҳои зичиашон зиёд ( $1,06 \pm 0,02$ ) – дар муқоиса бо ҳамн гунна нишондодҳо дар гурӯҳи ФШНШ ( $4,76 \pm 0,05$ ;  $1,69 \pm 0,038$ ;  $1,25 \pm 0,03$  – мутаносибан холестерини умумӣ, триглицеридҳо ва липопротеидҳои зичиашон зиёд муҳимтаранд;  $p < 0,01$ ).

Барои зергурӯҳи ФШР барои типи фемининӣ гипертриглицеридемия ( $1,9 \pm 0,06$  ҳангоми ФШР ва  $1,6 \pm 0,08$  ҳангоми ФШНШ), барои андрогинӣ – пастшавии липопротеидҳои зичиашон зиёд ( $1,18 \pm 0,06$  ва  $1,39 \pm 0,03$  ҳангоми ФШНШ) ба мушоҳида расид, ки ҳангоми муқоиса кардан бо ҳамин гуна нишондодҳои гурӯҳи ФШНШ муҳиманд.

Таҳқиқоти ҳолати узвҳои ҳадаф бартари ба сомади осебҳои субклиникии узвҳои ҳадафро ҳангоми ФШР нишон дод, ки ҳангоми муқоиса бо чунин гурӯҳҳои ФШК муҳим аст: ГМЧ (гипертрофияи меъдачаи чап) ( $61,3\%$  ва  $42,5\%$  – мутаносибан ҳангоми ФШР ва ФШК;  $p < 0,05$ ), зиёдшавии ЗИМ ( $60\%$  ва  $42,5\%$ ;  $p < 0,05$ ), ДДМЧ ( $43,8\%$  ва  $28,8\%$ ;  $p < 0,05$ ) ва

зухуроти ибтидоии норасоии серебрявсклярӣ (31,3% и 17,5%;  $p < 0,05$ ). Дар ин маврид аз 48 ҳолти зиёдшавии ЗИМ шарёни хоб зиёда аз 0,9 мм беморони типии шахсияти маскулинӣ ва олимаскулинӣ миқдори хеле зиёдро ташкил доданд - 43 (89,6%), ҳол он ки ин аломат ҳангоми типии шахсияти фемининӣ (6,3%) ва андрогинӣ (4,2%) хеле кам ба мушоҳида расид. Иртиботи мутақобили IS ва ЗИМ дар беморони дорои ФШР - муҳим ва ба қавӣ наздик аст ( $r = -0,61144$ ;  $p < 0,05$ ). Иртиботи мутақобилаи мустақими байни IS и E/A ( $r = 0,2499$ ), бо ФП ( $r = 0,4347$ ) ва манфӣ бо ШМММЧ ( $r = -0,6813$ ;  $p < 0,05$ ). Диапазони нисбатан опЗИМалӣ, ки ба ифодаи субклиникии ОУХ мувофиқат мекунад, IS аз -1 то +1 аст, ки барои типии шахсияти андрогинӣ хос мебошад.

*Сатҳи ба даст овардашудаи ФШ, омилҳои хата рва ОУХ ҳангоми типҳои гуногуни дастури оилавӣ.* Дар хусуси мавҷуд будани иртиботи мутақобили типҳои нақши оилаҳо (дастурҳо) бо омилҳои хатар, ки ба пешгӯии бемории ФШ таъсир мерасонанд, сатҳҳои дар заминаи ТАГ ба даст овардашуда гувоҳӣ медиҳанд: дар заминаи ФШР сатҳи ФШС дар беморони дорои ДАО ( $149,5 \pm 1,3$ ), назар ба мобайнӣ ( $144,7 \pm 1,2$ ) ва эгалитарӣ ( $144,9 \pm 1,6$ ;  $p < 0,05$ ) хеле баланд аст. Сатҳи баланди ФШД ҳангоми дастури анъанавии оилавӣ (ДАО) танҳо ҳангоми муқоиса кардан бо оилаҳои эгалитарӣ муҳимтар аст ( $p < 0,001$ ). Иртиботи мутақобилаи байни ФШС ва нишондиҳандаҳои оилавӣ дар беморони дорои ФШР дар маҷмӯъ дар гурӯҳҳо ( $r = -0,33654$ ;  $< 0,05$ ) ва ҳам беморони ҳарду чинс (дар мардҳо  $r = -0,44917$ ;  $< 0,05$  ва занҳо  $r = -0,42568$ ;  $< 0,05$ ) муътадили манфӣ аст.

Иртиботи мутақобилаи манфии зич дар байни ФШД ва нишондиҳандаҳои оилавӣ (НО) дар мардҳои дорои ФШР ( $r = -0,513$ ;  $< 0,05$ ) ба назар расид, аммо дар занҳо суст буд ( $r = -0,11716$ ). Дар маҷмӯъ дар гурӯҳҳо ФШР ин иртиботи мутақобила манфӣ в ан чандон муҳим аст ( $r = -0,28902$ ;  $> 0,05$ ). Дар ҳолатҳои аз 2 балл паст будани аҳамияти НО (нишондиҳандаҳои оилавӣ) (меъёрҳои ДАО) сатҳи ба даст овардашудаи ФШС (дар мардҳо ва занҳо) ва ФШД (дар мардҳо) назар ба дигар типҳои

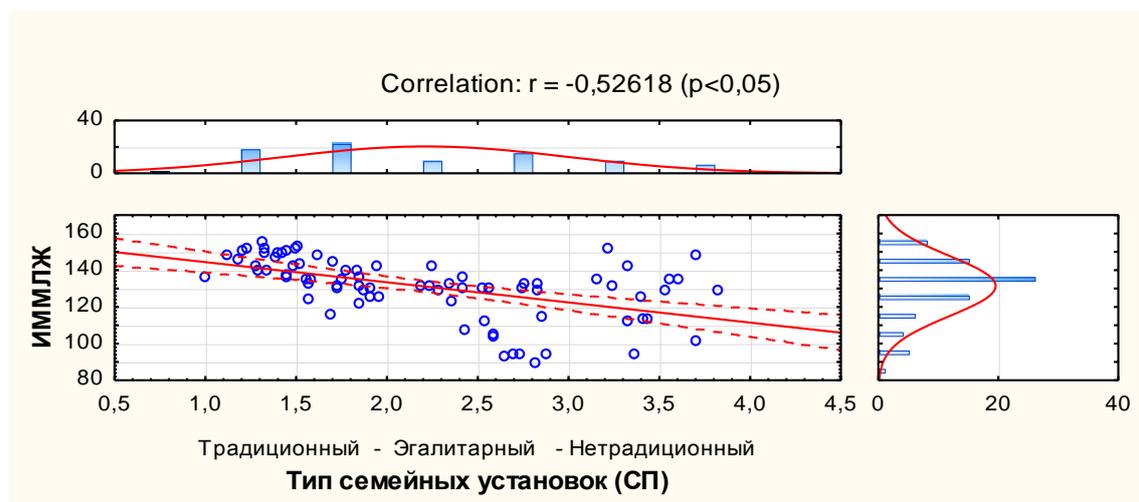
оилаҳо хеле баланд аст, ин аз самаранокии нокифояи табобати антигипертензивӣ дар заминаи ДАО гувоҳӣ медиҳад.

Омилҳои дигари хатар бо ДАО (тибқи НО) иртиботи мутақобила доранд: анмнези оилавии беморҳои барвақти дилу рағҳо ( $r=-0,30598$ ), сигоркашӣ зиёда аз 5 сол ( $r=-0,42996$ ), з меъёр зиёд истеъмол намудни машрубот ( $r=-0,46801$ ) ва СИАХ (синдроми инсидодии апонози хоб) ( $r=-0,45551$ ;  $<0,05$ ); виртиботи мутақобил манфӣ ва муҳим аст. Ҳангомидастури оилавии эгалитарӣ чунин алоқа байни НО ва анмнези оилавии беморҳои барвақти дилу рағҳо ( $r=-0,60207$ ;  $<0,05$ ), давомнокии ФШ зиёд аз 5 сол ( $r=-0,43815$ ;  $<0,05$ ), аз меъёр истеъмол кардани намкаи ошӣ ( $r=-0,63108$ ;  $<0,05$ ), СИАХ ( $r=-0,30839$ ;  $<0,05$ ) ва таъсирҳои манфии ДАГ (дорухи антигипертензивӣ) ( $r=-0,50219$ ;  $<0,05$ ) буд. дар зминаи дастури оилавии номуайян (мобайнӣ), иртиботи мутақобилаи байни нишондиҳандаҳои оилавӣ бо омилҳои хатар мусбат буд ва бо давомнокии ФШ зиёда аз 5 сол ( $r=0,353505$ ;  $<0,05$ ), зиёд шудани массаи бадан ( $r=0,33776$ ) ва фаъолнокии пасти ҷисмонӣ ( $r=0,44079$ ) муҳим буд.

Иртиботи мутақобилаи *спектри липидии* хун бо нишондиҳандаи оилавӣ дар беморони дорои ФШР бо холестерини умумӣ сусти манфӣ ( $r=-0,14839$ ;  $p>0,05$ ), бо липопротеидҳои зичиашон зиёд (ЛПЗЗ) сусти манфӣ ( $r=-0,288429$ ;  $p>0,05$ ) ва бо триглицеридҳо вучуд надорад. Аммо вобаста аз ҷинс муқарар карда шуд, ки дар мардҳо иртиботи мутақобилаи муътадили манфӣ дар байни НО ва холестерини умумӣ ( $r=-0,40428$ ;  $p<0,05$ ), мустакими муътадил бо ЛПЗЗ ( $r=0,336598$ ;  $p<0,05$ ) мавҷуд аст, бо триглицеридҳо иртибот вучуд надорад; дар занҳои дорои ФШР иртиботи мутақобилаи муътадили манфии НО бо триглицеридҳо ( $r=-0,37522$ ;  $p<0,05$ ) ба мушоҳид мерсад.

Барои ФШР доштани иртиботи мутақобилаи муътадили манфии байни НО ва ОУҲ-и субклиникӣ (расми 5) хос аст: ШМММЧ ( $r=-0,52618$ ), ЗИМ ( $r=-0,376$ ) ва зухуроти ибтидоии норасоии серброваскулярий ( $r=-0,42593$ ;

$p < 0,05$ ); дар мардҳо ин иртиботи мутақобил бо ШМММЧ ( $r = -0,68604$ ) ва ЗИМ ( $r = -0,51555$ ) нисбатан зичтар мебошад.



ШМММЧ Анъанвӣ – Эгалитарӣ - Ғайрианъанавӣ  
Типҳои дастурҳои оилавӣ (ДО)

**Расми 5.- Иртиботи мутақобилаи байни нишондиҳандаҳои оилавӣ (НО) ва ШМММЧ дар беморони дорои ФШР (тибқи Спирмен).**

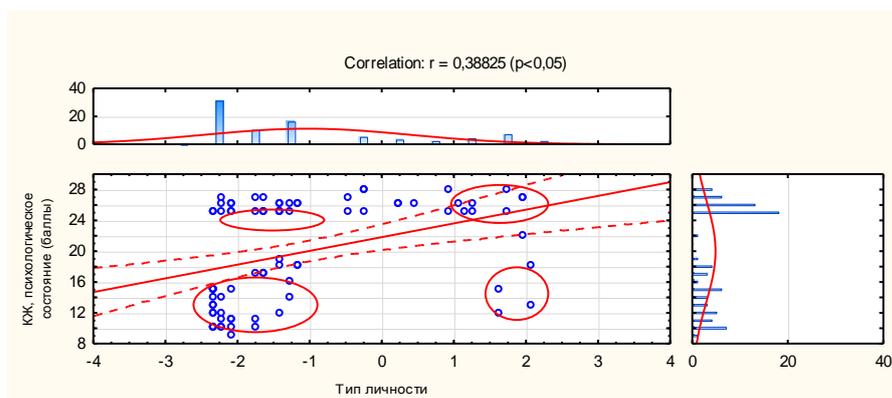
Аммо, вобаста аз басомади зиёди типии мобайнӣ бо ифодаҳои баланди НО (3-4 балл) дар занҳо (30,4%, 3 маротиба бештар назар ба мардҳо) аст, дар дигар типҳои оилавӣ паст мебошад, пас ҳангоми омӯхтани иртиботи мутақобилаи ин нишондиҳандаҳо вобаста аз ҷинс дар занҳо назар ба мардҳо иртиботи мутақобилаи зичтари байни омилҳои баррасишаванда ба мушоҳид расид. Дар занҳо дар заминаи ДАО иртиботи қавии манфии байни НО ва холестерини умумӣ ( $r = -0,76873$ ), иртиботи мутақобилаи муътадили яктарафа бо ЛППЗЗ ( $r = 0,479827$ ), манфии ШМММЧ ( $r = -0,54223$ ) ва ЗИМ ( $r = -0,61213$ ) дида шуд; ҳангоми эгалитарӣ –иртиботи муътадили манфӣ бо холестерини умумӣ ( $-0,46379$ ), ЗИМ ( $-0,4737$ ) ва ШМММЧ ( $r = -0,57117$ ). Дар дастури оилавии мобайнӣ ифодаҳои гуногунсамт ба назар расид. Дар маҷмӯъ дар гурӯҳи ФШР иртиботи мутақобилаи муътадили манфӣ дар байни НО ва ШМММЧ ( $r = -0,52618$ ) ва ЗИМ ( $r = -0,376$ ); сушт, вале наздик ба миёнаи яктарафа бо ЛППЗЗ ( $r =$

0,288429), манфӣ бо зухуроти ибтидоии норасоии серебраливу васкулярӣ ( $r=-0,42593$ ) муқаррар карда шуд.

Ҳамин тавр, ифодҳои пасти дастурҳои оилавии ба ДАО хосро зиёдшавии омилҳои хата рва осебҳои возеҳи субклиникии дилу рағҳо (баланд шудани ШМММЧ, зиёд шудани ЗИМ), гиперхолестеринемия ва пастшавии ЛППЗЗ ҳамроҳӣ мекунанд.

Дар беморони дорои ФШНШ иртиботи мутақобилаи муҳимми НО бо возеҳии омилҳои хата рва ОУХ, ба истисноии иртиботи манфии муҳим бо зухуроти ибтидоии норасоии серебраливу васкулярӣ (ЗИНСВ) дар мардҳо, ( $r=0,309237$ ) дида намешавад. Иртиботи мутақобилаи суст ё минималии нишондиҳандаҳо ҳангоми ФШНШ-ро дар навбати аввал бо басомади зиёди дастурҳои номуайяни оилавӣ (дар муқобили дастурҳои оилавии анъанавӣ аҳамияти калони НО), дуҷум басомади ками ДАО ва басомади кофии оилаҳои эгалитарӣ (зиёда аз 37%) вобаста доништан мумкин аст.

*Сифати ҳаёт ва стереотипҳои гендерии маскулинӣ/фемининӣ.* Дар беморони синну соли миёнаи дорои ФШРаҳамияти камтари компонентҳои СХ дар диапазони манфии IS, махсусан ҳангоми типи шахсияти олимаскулинӣ дида мешаванд. Иртиботи мутақобилаи IS ва компоненти психологии СХ дар беморони гирифтори ФШР (расми 6) яктарафаи муътадил ( $r=0,38825$ ;  $p<0,05$ ) аст ва бо баланд шудани повзешения IS (дар беморони типи шахсияти андрогинӣ) ҳоли психологии сифати ҳаёт низ баланд мешавад.



Расми 6.- Иртиботи мутақобилаи байни стереотипи гендерии шахсият (IS) ва компоненти психологии сифати ҳаёт дар беморони дорои ФШР (мувофиқи Спирмен).

Ҳангоми ФШР фаъолияти иҷЗИМОии беморон паст аст ва  $21,8 \pm 0,75$  баллро ташкил медиҳад; иртиботи мустақими муътадил ба мушоҳида мерасад ( $r=0,48457$ ;  $p<0,05$ ) ва бо зиёд шудани IS (дар беморони типи шахсияти андрогинӣ ва аксвр вақт фемининӣ) аҳамияти нисбатан зиёдтари ин компоненти СХ ба назар мерасад. Хеле паст шудани фаъолияти иҷЗИМОӣ ( $17,0 \pm 1,5$ ) дар соҳаи ифодаи IS дида мешавад, ки ба типи шахсияти олимаскулинӣ мувофиқат мекунад ( $IS=-2,2 \pm 0,02$ ); алоқаи ин нишондиҳандаҳо дар зергурӯҳи маскулинӣ (ва олимаскулинӣ) яқсамт ва муътадил аст ( $r=0,5220$ ), гарчанде дар як қисми ин беморон фаъолияти иҷЗИМОӣ боқӣ мондааст, 25-29 баллро ташкил медиҳанд.

Дар байни IS ва компоненти соматикӣ СХ дар беморони синну соли миёнаи дорои ФШР иртиботи мутақобилаи яктарафаи муътадил муқаррар карда шуд ( $r=0,4343$ ;  $p<0,05$ ). Ифодаҳои нисбатан пастии компоненти соматикӣ СХ (9 балл) дар диапазони манфии IS, дар типи шахсияти олимаскулинӣ ба мушоҳида расид. Дар беморони типи шахсияти фемининӣ ( $23,6 \pm 1,7$  балл) ва олифемининӣ ( $18,0 \pm 2,0$ ) компоненти соматикӣ СХ аз нишондиҳандаҳои типи андрогинӣ паст аст. Дар андрогинн (аз -1 то +1) диапазони IS –о нишондиҳандаҳои баландтарини СХ ҳам соматикӣ ( $29,5 \pm 0,7$  балл) ва ҳам ҳолати психологӣ ( $26,4 \pm 0,4$  балл), ва ҳам фаъолияти иҷЗИМОӣ ( $29,5 \pm 1,0$  балл) муайян карда шуданд, кихусусияти ин стереотипи шахсияти гендериро ҳамчун кампатогенӣ нишон медиҳад.

СХ ва дастурҳои оилавӣ. Таъсири типҳои дастури оилавӣ ба нишондиҳандаҳои СХ дар пастиентҳои дорои ФШНШ зиёд нест ( $p>0,05$ ), зеро коэффитсиенти коррелятсияи байни НО ва ташкилкунандаҳои СХ камтар аз 0,1 мебошад. Ҳангоми ФШР коэффитсиенти коррелятсияи байни НО ва компонентҳои СХ муҳим, мусбат аст, яъне ифодаҳои пастигарини соматикӣ ( $r=0,387565$ ;  $p<0,05$ ), психологӣ ( $r=0,372038$ ;  $p<0,05$ ) ҳолати фаъолияти иҷЗИМОӣ ( $r=0,411855$ ;  $p<0,05$ ) дар беморони дорои аҳмияти ками НО дида мешавад, ки ин ба тип анъанавии оила хос аст. Дар аксари

бештари беморони дорои дастури оилавии эгалитарӣ ифодҳои муътадили ҳамаи ташкилдиҳандагони СХ нигоҳ дошта шудаанд, дар робита аз ин мувофиқи ҳолати соматикӣ ва психологӣ ва фъолияти иҷЗИМой онҳо аҳамияти калон доран, ки ҳам дар вақти муқоиса кардани онҳо бо дастурҳои оилавии анъанавӣ ва ҳам дастурҳои оилавии мобайнӣ муҳим ба ҳисоб мераванд (ҷадвали 2).

**Ҷадвали 2.- Нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт (балл) ҳангоми типҳои гуногуни дастурҳои оилавӣ дар беморони синну соли миёнаи дорои ФШР ( $M \pm m$ )**

Типи оила	Ташкилдиҳандагони сифати ҳаёт (балл)		
	Ҳолати соматикӣ	Ҳолати психологӣ	Фъолияти иҷЗИМой
4. Анъанавӣ	18,3±0,75	17,35±1,0	18,7±1,07
5. Номуайян	20,8±1,4	20,2±1,55	23,1±1,18
	$p_{1-2}$	>0,05	>0,05
6. Эгалитарӣ	25,8±1,05	24,2±0,84	26,3±1,04
	$p_{1-3}$	<0,001	<0,001
	$p_{2-3}$	<0,001	<0,05

Эзоҳ:  $p_{1-2}$  – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳои 1 ва 2,  $p_{1-3}$  – байни гурӯҳҳои 1 ва 3,  $p_{2-3}$  – байни гурӯҳҳои 2 ва 3 (тибқи U-меъёри Манн-Уитни).

Вижагиҳои иртиботи мутақобили дастури оилавии анъанавӣ ва СХ ошкор карда шуданд, чунки ҳангоми НО аз 2 балл паст будан (порча, мутобиқи оили анъанавӣ) ду минтақа ҷудо карда шудааст: бо ифодҳои пасти ҳолати психологӣ ва фъолияти иҷЗИМой ва муътадил будани ифодаҳои онҳо. Ин аз он гувоҳӣ медиҳад, ки оилаи анъанавиро на ҳамеша пастшавии СХ ҳамроҳӣ мекунад, балки мумкин аст, ки барои ин таъсири ягон сабаби дигар зарур бошад.

*Сатҳи стресс, синдромҳои изтироб/депрессия ва нишондиҳандаҳои гендерӣ.* Дар беморони синну соли миёна ба ҳайси омилҳои иловагии хатар, ки на танҳо бо хусусиятҳои шахсият ва оила, балки бо ҷараёни ФШ низ муносибати сабабиву натиҷавӣ доранд, сатҳи стресс, синдромҳои изтироб ва депрессияро низ баррасӣ кардан мумкин аст.

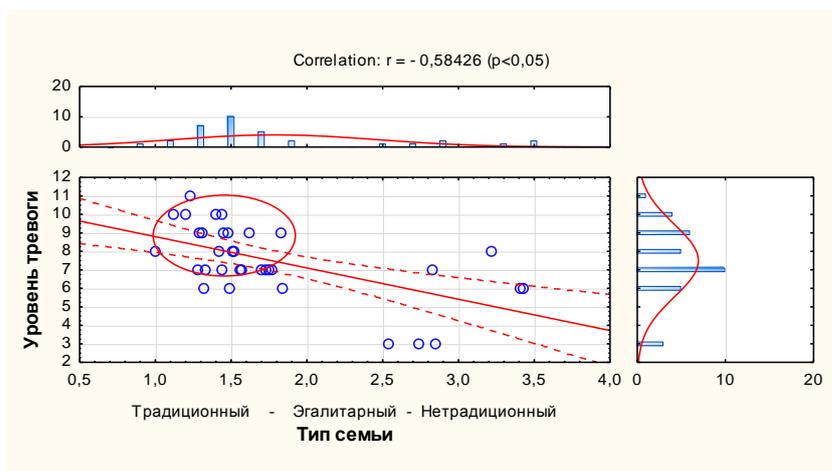
Ҳангоми омӯختни иртиботи мутақобилаи *IS* бо сатҳи стресс ва возеҳии *изтироб/депрессия* иртиботи яқсамта, муътадили бйни *IS* ва сатҳи стресс

дар гурӯҳҳои беморони синни соли миёнаи дорои ФШР муқаррар карда шуд ( $1,82 \pm 0,07$ ;  $r = 0,346488$ ;  $p < 0,05$ ), яъне дар заминаи паст шудани IS (дар маскулинҳо ва олимаскулинҳо), нишондиҳанда низ бо шкалаи стресс паст мешавад ва ин аз сатҳи баланди он шаҳодат медиҳад. Чунин самтгирии иртиботи мутақобилаи ин нишондиҳандаҳо дар мардҳои дорои ФШР возеҳтар аст ( $r = 0,412183$ ;  $p < 0,05$ ), назар ба занҳо ( $r = 0,384778$ ;  $p < 0,05$ ).

Зиёд шудани возеҳии синдроми изтироб ҳангоми ФШР ( $8,08 \pm 0,35$ ) ҳам дар занҳо ( $P < 0,01$ ;  $r = -0,31829$ ), ҳам дар мрдҳо ( $p < 0,05$ ;  $r = -0,64107$ ), дар вақти муқоиса кардан бо гурӯҳи ФШНШ ( $6,21 \pm 0,33$ ) муҳитм аст. Дар беморони дорои ФШР ифодаи миёнаи депрессия дар ( $7,03 \pm 0,38$ ), дар мрдҳо ( $8,29 \pm 0,63$ ;  $r = 0,43432$ ) ва занҳо ( $6,09 \pm 0,43$ ;  $r = -0,34204$ ), аз ҳамин гуна нишондодҳои беморони дорои ФШНШ ( $4,45 \pm 0,39$ ;  $r = -0,23599$ ) хеле баланд аст.

Ҳамин тавр, таҳлили натиҷаҳои ба дст овардашуда гувоҳи медиҳанд, ки хеле зиёд шудани типҳои шахсияти маскулинӣ ва олимаскулинӣ дар беморони ФШР –ро сатҳи баланди стресс ва зиёдшавии возеҳии синдромҳои изтироб/депрессия ҳамроҳӣ мекунад.

*Иртиботи мутақобилаи дстурҳои оилавӣ (НО) ҳамчун бо синдроми изтироб* ( $r = -,32456$ ;  $p < 0,05$ ), ва ҳам бо депрессия ( $r = -0,53339$ ;  $p < 0,05$ ) муҳимми манфӣ аст, яъне баланд шудани сатҳи изтироб ва депрессия барои беморони дорои дастурҳои анъанавии оилавӣ хос аст (расми 7).



Сатҳи изтироб Анъанвӣ Эгалитарӣ Ғайрианъанавӣ Типи оила

Расми 7.- Иртиботи мутақобилаи байни типи оила (НО) ва сатҳи изтироб дар мардҳои синну соли миёна бо ФШР.

Чунин иртиботи мутақобилаи зичи НО бо синдроми изтироб/депрессия ҳам барои мардҳо ( $r=-0,58426$  ва  $r=-0,43432$ ;  $p<0,05$ ; расми 9), ҳам барои занҳо ( $r=-0,44018$  ва  $r=-0,48559$ ;  $p<0,05$  мутаносибан барои изтироб ва депрессия) хос аст, ин нишондиҳандаи махсуси самаранокии нокифояи ТАГ ба ҳисоб меравад, чунки ҳангоми ФШНШ чунин иртиботи мутақобилаи зич вучуд надорад.

Ҳамин тавр, хеле зиёд шудани типи шахсият ЗИМаскулинӣ ва олимаскулинӣ ҳамчунин ДАО дар беморони дорои ФШР ҳамроҳ бо сатҳи баланди стресс ва зиёд шудани возеҳии синдроми изтироб/депрессия сурат мегирад.

*Тамоюлноқӣ ба табобат ва хатари умумии дилу рағҳо дар беморони дорои самаранокии нокифояи ТАГ.* Аҳамияти пастшавии тамоюлноқӣ ба табобат дар пайдошавии ФШР бешубҳа муҳим аст ва омӯхтани иртиботи мутақобилаи он бо стереотипҳои гендерии шахсият ва оила аҳамияти махсус доранд.

Муқаррар карда шудааст, ки беморони дорои ФШР ба табобат тамоюлнокии хеле паст доранд ( $p<0,001$ ), хатари умумии кардиоваскулярӣ ҳангоми қиёс кардан баланд мебошад.

Иртиботи мутақобилаи IS ва тамоюлноқӣ ба табобат дар беморони синну соли миёнаи дорои ФШР мусбати муътадил ( $r=0,55382$ ;  $p<0,05$ ) аст. Дар диапазони ифодаҳои пасти IS, яъне асосан дар беморони дорои типи шахсияти маскулинӣ ва олимаскулинӣ, ифодаҳои пасти тамоюлноқӣ ба табобат мушоҳида карда шуд. Баландшавии маҷмӯии хатари кардиоваскулярӣ (ХКВ) ба андозаи паст шудани IS ( $r=0,49443$ ;  $p<0,05$ ) ба назар расид. Хатари маҷмӯии нисбатан пасти кардиоваскулярӣ дар диапазони ифодаҳои мувофиқаткунандаи андрогинӣ ва новозеҳи фемининӣ дида шуд (ҷадвали 3).

**Ҷадвали 3.- Тамоюлноқӣ ба табобат ва хатари маҷмӯии дилу рағҳо дар беморони дорои ФШР ва ФШНШ (балл,  $M \pm m$ )**

Показатели	ФШР			ФШНШ		
	Мард (n=34)	Зан (n=46)	P	Мард (n=36)	Зан (n=44)	P
Тамоюл доштан ба табобат (балл) <i>Дар гурӯҳ</i>	1,8±0,15	2,3±0,13	<0,05	2,2±0,19	2,8±0,16	p <sub>1-2</sub> <0,05
	2,1±0,1			2,6±0,12		p<0,001
Хатари маҷмӯии дилу рағҳо (балл) <i>Дар гурӯҳ</i>	3,2±0,14	2,8±0,14	<0,05	2,6±0,16	2,1±0,16	p <sub>1-2</sub> <0,05
	3,0±0,1			2,4±0,1		p<0,001

Эзоҳ: p<sub>1-2</sub> – аҳамияти омории фарқияти ҷинсии нишондодҳо; p – аҳамияти омории фарқияти байни гурӯҳҳои ФШР ва ФШНШ (тибқи U-меъёри Манн-Уитни).

Тамоюлноқии мутақобила ба табобат ва дастурҳои оилавӣ – мустақим, иртиботи муътадил ( $r=0,441441$ ;  $p<0,05$ ), яъне ифодаҳои пасти НО, мутобиқаткунанда ба дастурҳои анъанавӣ, тамоюлноқӣ ба табобат хеле паст буд ( $2,08 \pm 0,145$ ).

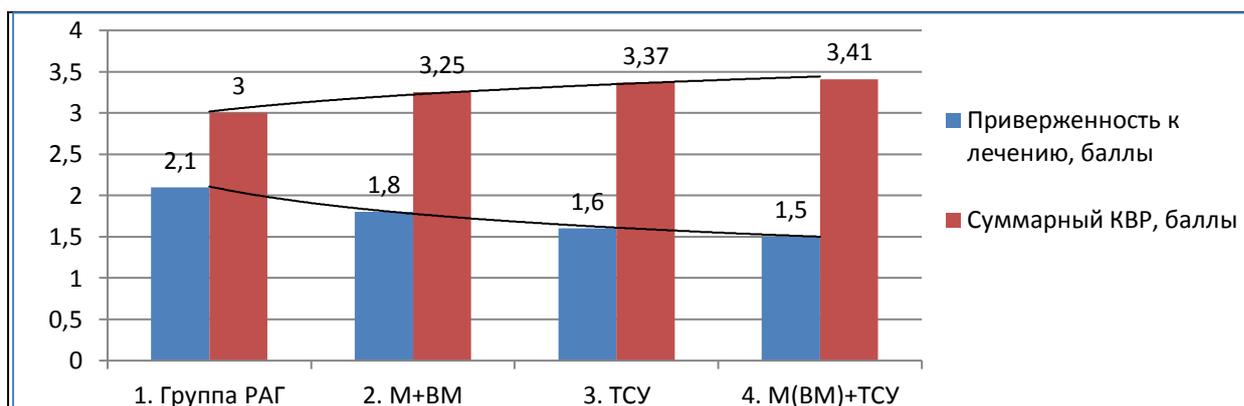
Тамоюлноқи зиёд ба табобат дар беморони дастури оилавии эгалитарӣ ( $2,9 \pm 0,17$ ) дида шуд. Иртиботи мутақобилаи дастурҳои оилавии гендерӣ бо хатари маҷмӯии кардиоваскулярӣ манфии муътадил буд ( $r = -0,33037$ ;  $p<0,05$ ).

Ҳамин тавр, натиҷаҳои ба даст овардашуда дастурҳои оилавии анъанавиро ҳамчун омили барои паст кардани тамоюлноқӣ ба табобат ва баланд бардоштани хатари кардиоваскулярӣ мусоидаткунанда маънидод мекунад.

*Якҷоя шудани типии анъанавии оила бо стереотипҳои шахсияти маскулинӣ: тамоюлноқӣ ба табобат ва хатари кардиоваскулярӣ.* Хеле зиёд шудни ДАО –ро ба ҳисоб гирифта, дар беморони дорои стереотипҳои гендерии шахсияти маскулинӣ ва ё олимаскулинӣ ҳангоми ФШР тамоюлноқӣ ба табобат ва хатари маҷмӯии кардиоваскулярӣ дар гурӯҳҳои зерини беморон муқоиса карда шуд: бо стереотипҳои шахсияти маскулинӣ ва олимаскулинӣ (М ё ОМ; новобаст аз НО), бо ДАО (новобаст аз IS) ва бо якҷояшавии ин хусусиятҳои гендерӣ.

Мувофиқи маълумотҳои ба даст овардашуда омӯзиши аҳамияти стереотипҳои гендерии шахсияти маскулинӣ типҳои анъанавии оила, мавҷуд будани ҳар яки онҳо дар беморони дорои ФШ омилест, ки ба нишондиҳандаҳои психо-эмотсионалӣ таъсири манфӣ мерасонад ва баро ба таври устувор баланд шудани ФШ мусоидат мекунад.

Дар расми 8 тамоюлноки ба табобат ва ХКВ маҷмӯӣ дар беморони дорои ФШР ва дар зергурӯҳҳои дорои хислатҳои гуногуни шахсиятӣ ва дастурҳои оилавӣ оварда шудааст.



Тамоюлноки ба табобат, балл ХКВ умумӣ, балл 1. Гурӯҳи ФШР 2. Гурӯҳи М+ОМ 3. ДАО 4. М (ОМ)+ДАО

Расми 8.- Тамоюлноки ба табобат ва ХКВ маҷмӯӣ дар беморони дорои ФШР (гур.1) дар зергурӯҳҳои дорои стереотипҳои шахсияти маскулинӣ (М+ОМ, 2 гур бо дастурҳои анъанавии оилавӣ (ДАО, гур.3.) ва якҷояшавии онҳо (М ё ОМ + ДАО , гур. 4.).

Ба таври назаррас паст шудани тамоюлноки ба табобат ҳангоми ФШР ва баланд шудани ҳатари маҷмӯии КВ аз гурӯҳи умумии ФШР ( $2,1 \pm 0,1$  ва  $3,0 \pm 0,1$  – мутаносибан тамоюлноки ва ҳатри КВ) ба зергурӯҳи беморони дорои М+ОМ ( $1,8 \pm 0,1$  и  $3,25 \pm 0,1$ ) → ба зергурӯҳи ДАО ( $1,6 \pm 0,1$  и  $3,37 \pm 0,1$ ) ва → ба зергурӯҳ бо якҷояшавии онҳо ( $1,5 \pm 0,1$  ва  $3,4 \pm 0,1$  – мутаносибан тамоюлноки ба табобат ва ҳатари умумии КВ).

Дар мавриди якҷоя шудани маскулини гендерӣ ва ДАО дар беморони ФШР иртиботи мутақобилаи *IS* бо нишондиҳандаҳои омӯхташаванда муътадил, яктарафа бо тамоюлноки ба табобат ( $r = -0,553065; p < 0,05$ ) ва манфӣ бо ХКВ ( $r = -0,4777; p < 0,05$ ).

Ба занҳо таъсири якҷояшавии маскулинӣ ва ДАО бо пайдо шудани иртиботи мутақобилаи қавии байни IS ва тамоюлноқӣ ба табобат ( $r=0,87619$ ) ва манфии қавӣ– бо хатари умуми КВ ( $r=-0,81375;p<0,05$ ) хос мебошад. Дар мардҳо иртиботи мутақобилаи қавии байни IS тамоюлноқӣ ба табобат ( $r=0,24912$ ), аммо бо хатари умуми КВ - миёна, манфӣ аст ( $r=-0,45538;p<0,05$ ).

Дар заминаи якҷояшавии ин дастурҳои гендерӣ иртиботи мутақобилаи ФШС бо хатари КВ – яктарафа аст ( $r=0,47515;p<0,05$ ), ҳам барои занҳо ( $r=0,441811; p<0,05$ ), ҳам барои мардҳо так ( $r=0,56227;p<0,05$ ) муҳим мебошад. Иртиботи мутақобилаи ФШС бо тамоюлноқӣ ба табобат манфии суст ва дар гурӯҳҳо ( $r=-0,29901$ ) ва дар мардҳо ( $r=-0,15995$ ) мебошад; аммо дар занҳо иртиботи мутақобилаи байни ФШС бо тамоюлноқӣ ба табобат қавӣ аст ( $r= - 0,81462$ ).

Иртиботи мутақобилаи НО бо нишондиҳандаҳои омӯхташаванда дар заминаи якҷояшавии маскулинҳои гендерӣ ва ДАО дар беморони дорои ФШР: муътадил, яктарафа бо тамоюлноқӣ ба табобат ( $r=-0,424888;p<0,05$ ) ва манфӣ бо ХКВ КВР ( $r=- 0,5165;p<0,05$ ).

Дар мардҳо дар заминаи якҷояшавии ин аломатҳои гендерӣ иртиботи мутақобилаи байни тамоюлноқӣ ба табобат бо НО сусти яктарафа ( $r=0,1481$ ), аммо бо бо хатари умуми КВ – миёнаи манфӣ ( $r= - 0,53172$ ) аст. Дар занҳо чунин якҷояшавии хислатҳои гендерӣ иртиботи мутақобилаи НО ва тамоюлноқӣ ба табобатро қавӣ мегардонад- иртиботи мутақобилаи яктарафаи қавӣ пайдо мешавад ( $r= 0,83365$ ), ХКВ – тақрибан қавии манфӣ аст ( $r= -0,65211; p<0,05$ ). Ин аз он гувоҳӣ медиҳад, ки дар заминаи якҷояшавии хислатҳои маскулинӣ бо ДАО дар занҳо тамоюлноқӣ ба табобат хеле паст мешавад ва ХКВ хеле меафзояд.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда дар хусуси баланд шудани возеҳии изтироб /депрессия дар заминаи якҷояшавии хислатҳои маскулинӣ ва хислатҳои анъанавии гендерии шахсият ва оила муҳим шуморида мешаванд. Дар маҷмӯъ ҳангоми ФШР ифодаи миёнаи изтироб ( $8,1\pm 0,35$ ) ва

депрессия ( $7,03 \pm 0,38$ ) аз ҳамин гунна нишондодҳои зергурӯҳҳои беморони дорои хислатҳои муштараки гендерӣ ( $8,84 \pm 0,04$  ва  $9,1 \pm 0,6$  – мутаносибан изтироб ва депрессия) паст буд, яъне баланд шудани возеҳии изтироб ва депрессия ҳам дар мардҳо ва ҳам дар занҳо ба мушоҳида мерасад. Аммо ҳангоми омӯختани иртиботи мутақобилаи нишондиҳандаҳо, дар гурӯҳи беморони дорои якҷояшавии ин нишондиҳандаҳои гендерӣ, вучуд надоштани робитаи назарраси изтироб бо IS ва НО умуман дар гурӯҳҳо ва дар мардҳо қобили таваҷҷуҳ аст. Дар занҳо дар заминаи чунин якҷояшавӣ иртиботи мутақобилаи зичи байни изтироб ва IS ( $r = -0,48444; p < 0,05$ ), ва бо НО ( $r = -0,51695; p < 0,05$ ) дида мешавад.

Возеҳии депрессия дар беморони дорои ФШР ҳангоми якҷояшавии маскулиниҳо ва ДАО бо IS ( $r = -0,47982; p < 0,05$ ) ва бо НО ( $r = -0,4705; p < 0,05$ ) иртиботи мутақобилаи муътадили манфӣ дорад. Иртиботи мутақобилаи муътадили манфӣ депрессия бо IS ва НО ҳам дар мардҳо ( $r = -0,38457$  с IS ва  $r = -0,41344$  бо НО), ҳам дар занҳо ( $r = -0,72081$  бо IS ва  $r = -0,62408$  бо НО) ба мушоҳида мерасад.

Ҳангоми омӯзиш вобаста аз ҷинс ифодаи миёнаи нишондиҳандаҳои муқоисашаванда дар гурӯҳи умумии ФШР (гурӯҳи 1) ва дар гурӯҳи дорои якҷояшавии якчанд аломати гендерҳои патогенӣ (гурӯҳи 2) муқаррар карда шуд, ки ба набудани фарқиятҳои муҳимми сатҳи ФШС нигоҳ накарда, дар занҳои гурӯҳи 2 ФШД ( $p < 0,05$ ), нисбат ба занҳои гурӯҳи 1 баланд аст. Дар занҳои гурӯҳи 2 пастшавии тамоюлноқӣ ( $p < 0,05$ ), баландшавии ХКВ ( $p < 0,01$ ), сатҳи изтироб ( $p < 0,001$ ) ва депрессия ( $p < 0,05$ ) – муҳиманд. Ҳамин гунна тамоюл дар мардҳо низ мушоҳида мешавад, аммо фарқияти нишондодҳои мардҳои гурӯҳҳои якҷум ва дуҷум-чандон муҳим нест ( $p > 0,05$ ).

**Ҳамин тавр**, дар заминаи якҷояшавии стереотипҳои маскулинӣ бо ДАО дар мардҳо баланд шудани возеҳии сатҳи изтироб, паст шудани тамоюлноқӣ ба таъаббат ва баланд шудани ХКВ умумӣ назар ба занҳо камтар аст. натиҷаҳои ба даст овардашуда нишон медиҳанд, ки ба таъсири манфӣи якҷояшавии хислатҳои маскулинӣ (олимаскулинӣ) бо ДАО занҳот

бештар дучор мегарданд, дар онҳо дар заминаи тағйиротҳои ночизи патогении ҳолатҳои психо-эмотсионалӣ ХКВ хеле баланд мешавад.

## ХУЛОСА НАТИҶАҲОИ АСОСИИ ИЛМИИ ДИССЕРТАСИЯ

6. Иртиботи мутақобилаи зичи манфии пастшавии шохиси асосии гендерӣ– IS (то қабати олимаскулинӣ) бо ФШ-и хеле баланди дар заминаи ТАГ ба даст овардашуда ва возеҳии омилҳои ба оқибати беморӣ таъсиррасонанда (баланд шудани холестерини умумӣ, ШМММЧ, ЗИМ ва паст шудани ЛППЗЗ;  $p < 0,05$ ),- имконият медиҳад, ки стереотипҳои маскулинии шахсият новобаста аз ҷинси биологӣ ҳамчун пешхабарҳои ФШР баррасӣ карда шаванд.

7. Дар беморони синну соли миёнаи дорои ФШР нисбат ба ФШНШ дастури анъанавии оилавӣ 2,5 маротиба бештар ба мушоҳида мерасад, ки дар заминаи он сатҳи ба даст овардашудаи ФШС (дар занҳо ва мардҳо) ва ФШД (дар мардҳо) хеле баланд аст ва ҳамроҳ бо зиёдшавии осебҳои субклиникии узвҳои ҳадаф сурат мегирад.

8. Мавҷуд будани иртиботи мутақобилаи мустақими байни НО ва IS ( $r = 0,593852$ ;  $p < 0,05$ ) ҳангоми ФШР новобаста аз ҷинси биологӣ дар заминаи ДАО аз зиёдшавии стереотипҳои шахсияти маскулинӣ гувоҳӣ медиҳад, ки сохтори махсуси гендериро ташкил медиҳад ва дар заминаи он дар беморони синну соли миёна самаранокии нокифояи ТАГ инкишоф меёбад.

9. Якҷояшавии хислатҳои гендерии маскулинӣ ва ДАО-ро сатҳи баланди стресс, баландшавии возеҳии синдромҳои изтироб ва депрессия, паст шудани ҷиҳатҳои психологиву иҷЗИМоии СХ ҳамроҳӣ мекунанд. дар сурати якҷоя шудани ин хислатҳои гендерии шахсият ва оила дар беморони синну соли миёна возеҳии омилҳои хатар ва осебҳои узвҳои ҳадаф на танҳо бо IS ва НО, балки бо сатҳи ФШС низ иртиботи мутақобилаи муътадил ва

қавӣ доранд. Ба таъсири манфии якҷоя шудани хислатҳои маскулинӣ (олимаскулинӣ) бо ДАО занҳо бештар дучор мешаванд, дар онҳо ХКВ хеле баланд аст: иртиботи мутақобилаи яксамтаи тамоюлноқӣ ба табобат бо IS ( $r= 0,876191$ ) ва бо НО ( $r= 0,83365$ ); манфӣ – ФШС бо тамоюлноқӣ ба табобат ( $r=-0,81462$ ); манфӣ, муътадил – хатари умумии КВ бо IS ( $r= 0,81375$ ) ва НО ( $r= 0,65211$ ); яктарафаи муътадил – ФШС бо хатари умумии КВ ( $r= 0,56227$ ) ба мушоҳида мерасад.

10. Басомади на чандон баланди типи шахсияти андрогинӣ ҳангоми ФШР, дар баробари минималӣ будани басомади омилҳои хата рва осебҳои узвҳои ҳадаф, хеле паст будани ифодаи ФШС, зиёд якҷоя шудани типи оилаи андрогинӣ ва эгалитарӣ, нисбатан баланд будани СХ, тамоюлноқӣ ба табобат, ва паст будани дараҷаи хатари умумии КВ, - ин типро ҳамчун ҳамчун типҳои патогенияташ кам нишон медиҳад ва имкон медиҳад, ки ҳамчун гурӯҳи дорои чараёни нисбатан мусоидтари ФШР баррасӣ гардад.

## ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО

5. Бо мақсади беҳтар сохтани ташхиси самаранокии нокифояи табобати антигипертензивӣ дар ҳамаи беморони гирифтори ФШ гузаронидани ташхиси стереотипҳои гендерии шахсият (аз рӯйи IS) ва типҳои дастурҳои оилавӣ зарур аст. Хатари пайдо шудани самаранокии нокифояи ТАГ дар заминаи стереотипҳои андрогинии шахсият ва дастури оилавии эгалитарӣ дар беморони дорои ФШ – пст ҳисобид шавад. Новобаста аз ҷинси биологӣ ба гурӯҳи хатари олии пайдошавии ФШР беморони стереотипии гендерии шахсияти маскулинӣ (ва олимаскулинӣ) ва бо типҳои дастури анъанавии оиларо дохил кардан зрур аст.

6. Якҷоя шудани стереотипи шахсияти маскулинӣ ва дастури анъанавии оилавӣ дар беморони гирифтори ФШ тавсия карда мешавад, ки ҳамчун омили пайдо шудани ФШР баррасӣ карда ва онҳо ба гурӯҳи хтари ниҳоят баланд дохил карда шаванд. Дар мавриди чунин якҷояшавии

хислҳои гендерии иртиботи мутақобили омилҳои хатар (ва ОУХ (осеби узвҳои ҳадф) бо IS, НО ва ФШС дар занҳо возеҳтаранд, инро ҳангоми профилактикаи ФШР ба эътибор гирифтани муҳим аст.

7. Ҳангоми мураккабии беморони синну соли миёнаи дорои ФШР ба ҳисоб гирифтани фарқияти шароити барои резистентнокӣ бар ТАГ мусоидаткунанда ҳангоми стереотипҳои гуногуни гендерии шахсият зарур аст: 1) дар стереотипи маскулинӣ – истеъмоли барзиёди намаки ошӣ, худбаҳоиди пессимистии (рӯҳафтодгии) вазъи саломатӣ, сигоркашӣ ва паст шудани тамоюлноки ба табобат; 2) дар типҳои фемининӣ типизиёдшавии ҳолатҳои стрессӣ, баланд шудани возеҳии депрессияи пессимистии вазъи саломатӣ; 3) дар типҳои андрогинӣ – зиёд шудани массаи бадан ва гипертриглицеридемиа.

8. Ҳангоми гузаронидани профилактикаи ФШР ба ҳисоб гирифтани лозим аст, ки ба қиёсазири таъсири як қатор омилҳои хатар дар типҳои гуногуни дастури оилавӣ (нмнези оилавӣ, давомнокии ФШ), омилҳои мусоидаткунандаи пастшавии самаранокии ТАГ дар типҳои гуногуни дастури оилавӣ гуногунанд: мшрӯбот ва синдроми инсидодии апноэи хоб; дар эгалитарӣ – истеъмоли барзиёди NaCl, синдроми инсидодии апноэи хоб ва таъсирҳои мнфии ДАГ (дорухи антигипертензивӣ); дар мобайнӣ – зиёд шудани массаи бадан ва паст шудани фаъолнокии ҷисмонӣ.

## **ФЕҲРИСТИ ИНТИШОРОТИ ДОВТАЛАБИ ДАРЁФТИ ДАРАҶАИ ИЛМӢ**

**Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда:**

1-А. Султонов Х.С. Течение артериальной гипертонии у мужчин среднего возраста / Х.С. Султонов, Н.А. Алимова, Х.Я. Шарипова, Г.М. Негматова // Вестник Авиценны – 2015-№1.-С.55-60.

2-А. Негматова Г.М. Эффективность контролируемой терапии артериальной гипертонии у лиц среднего возраста / Г.М. Негматова [и др.] // Вестник Авиценны – 2016-№1. –С.67-71.

3-А. Ачева Г.А. Неконтролируемая и резистентная артериальная гипертония в возрастном и половом аспектах / Г.А. Ачева, Г.М. Негматова, Х.Я. Шарипова, Р.Г. Сохибов // Вестник Авиценны – 2016-№1- С.54-59.

4-А. Негматова Г.М. Гендерные стереотипы личности и семейные установки у больных резистентной артериальной гипертензией // Г.М. Негматова [и др.] // Вестник Авиценны –2017-№4. –С.450-456.

### **Мақолаҳо ва тезисҳо дар маҷмӯаҳои маводи конференсияҳо:**

5-А. Шарипова Х.Я. Гендерные стереотипы маскулинности/фемининности и резистентная артериальная гипертензия /Х.Я. Шарипова, Г.М. Негматова, А.А. Шербадалов//Проблемы современной науки и образования. -2016.- (65).- № 23, с. 89-92.

6-А. Шарипова Х.Я. Стереотипы семейных (поло-ролевых) установок у пациентов резистентной артериальной гипертензией /Х.Я. Шарипова, Г.М. Негматова, А.А. Шербадалов// Наука, техника и образование.- 2016.- (27).- № 9, с. 90-94.

7-А. Негматова Г.М. Чараёни бемории гипертензияи шараёнӣ дар шахсони миёнсол ҳангоми якҷояшавии дастурҳои анъанавии оилавӣ ва стереотипҳои мардсифати гендерӣ / Г.М. Негматова // Авҷи Зухал.-2017.-№3, с.33-36.

8-А. Негматова Г.М. Сочетание маскулинного стереотипа личности с традиционным типом семьи и резистентная артериальная гипертензия / Г.М. Негматова, Х.Я. Шарипова// Материалы 66- годичной научно - практической конференции ТГМУ, Душанбе.-2018.- с.514-516.

### **Рӯйхати ихтисораҳо**

БДР-бемориҳои дилу рағҳо

ГМЧ –гипертрофияи меъдачаи чап

ДАГ- доруҳои антигипертензивӣ

ДАО-дастури анъанавии оилавӣ

ДДМЧ- дисфунксияи диастоликии меъдачаи чап

ДО-дастури оилавӣ

М- стереотипи шахсияти маскулинӣ

НМД-норасоии музмини дил

НМФШ-назорати мустақилонаи (берун аз офис) фишори шарёнӣ

НО-нишондиҳандаи оилавӣ (ифодаи шартӣ)

ОМ –стереотипи шахсияти олимаскулинӣ

ОУХ – осеби узвҳои ҳадаф

СМФШ- сатҳи мақсадноки фишори шарёни  
СФ- синфи функционалӣ  
СФК-Суръати филтратсияи калобавӣ  
ТАГ- табобати антигипертензивӣ  
ФПМЧ- фраксияи партоби меъдачаи чап  
ФШ –фишорбаландии шарёни  
ФШД-фишори шарёнии диастоликӣ  
ФШНШ- фишорбаландии шарёнии назоратшаванда  
ФШР- фишорбаландии резистентӣ (рефрактерӣ)  
ФШС- фишори шарёнии систоликӣ  
ШМММЧ –Шохиси массаи миокарди меъдачаи чап  
ЗИМ -Заҳомати интима медиа  
ХУ –холестерини умумӣ  
IS -шохиси асосии феминият/маскулиният