

**Таджикский государственный медицинский университет  
имени Абуали ибн Сино**

**УДК 616.12-008.331.1-085-05.**

**На правах рукописи**

**НЕГМАТОВА ГУЛНОРА МАНСУРОВНА**

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

**Диссертация**

**на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по  
специальности 14.01.04 - внутренние болезни**

Научный руководитель, доктор медицинских  
наук, профессор **Х.Ё. Шарипова**

**Душанбе -2019**

<b>С о д е р ж а н и е</b>	стр
Перечень сокращений	4
Введение	5
<b>Общая характеристика работы.....</b>	<b>7</b>
<b>Глава 1. Аналитический обзор литературы.....</b>	<b>12</b>
<b>1.1. Резистентная артериальная гипертония и её частота в популяции больных с гипертонической болезнью.....</b>	<b>12</b>
<b>1.2. Гендерная медицина. Стереотипы маскулинности/фемининности. Типы семейных установок. Гендерные конфликты.....</b>	<b>20</b>
<b>1.3. Гендерный анализ в медицине. Гендерные особенности артериальной гипертонии.....</b>	<b>27</b>
<b>Глава 2. Характеристика обследованных лиц и методы исследования.....</b>	<b>31</b>
<b>2.1. Этапы исследования и характеристика обследованных лиц.....</b>	<b>31</b>
<b>2.2. Методы исследования.....</b>	<b>35</b>
<b>2.3. Статистическая обработка материала.....</b>	<b>39</b>
<b>Глава 3. Гендерные показатели у пациентов среднего возраста с артериальной гипертонией, их взаимосвязь с факторами риска и субклиническими поражениями органов мишеней.....</b>	<b>40</b>
<b>3.1. Гендерная характеристика пациентов среднего возраста с АГ: стереотипы маскулинности/фемининности и семейных установок.....</b>	<b>40</b>
<b>3.2. Взаимосвязь стереотипов маскулинности / фемининности с факторами риска и субклиническими поражениями органов мишеней...</b>	<b>48</b>
<b>3.3. Взаимосвязь стереотипов семейных ролей (установок) с факторами риска и субклиническими поражениями органов мишеней...</b>	<b>61</b>
<b>Глава 4. Взаимосвязь гендерных характеристик с факторами, определяющими течение артериальной гипертонии и эффективность её терапии.....</b>	<b>67</b>

4.1. Взаимосвязь гендерных стереотипов личности и семейных установок с качеством жизни пациентов среднего возраста с АГ.....	67
4.2. Взаимосвязь гендерных стереотипов личности и семейных установок с уровнем стресса и выраженностью тревоги/депрессии.....	77
4.3. Взаимосвязь гендерных показателей с приверженностью к лечению и кардиоваскулярным риском у пациентов среднего возраста...	81
<b>Обсуждение результатов.....</b>	<b>90</b>
<b>Заключение.....</b>	<b>105</b>
<b>Список литературы.....</b>	<b>108</b>
<b>Приложение.....</b>	<b>130</b>

**ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ**

АГ	артериальная гипертензия
АГТ	антигипертензивная терапия
АГП	антигипертензивные препараты
ГЛЖ	гипертрофия левого желудочка
ДАД	диастолическое артериальное давление
ДДЛЖ	диастолическая дисфункция ЛЖ
КАГ	контролируемая артериальная гипертензия
КВР	кардиоваскулярный риск
КДР ЛЖ	конечно-диастолический размер левого желудочка
ЛПВП	липопротеиды высокой плотности
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

## 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 [94, 96, 154, 156] и сложность контроля АД в настоящее время считается одной из актуальных проблем кардиологии [22, 78, 115 - 118, 121].

Установлено, что недостаточная эффективность фармакотерапии в сочетании с многочисленными способами немедикаментозной коррекции АГ, обуславливают достижение целевого уровня АД не более чем у 30 % пациентов [5, 11, 32, 74, 84, 132, 139]. В этом отношении, особый интерес представляет первичная АГ, резистентная к антигипертензивной терапии (РАГ), которая диагностируется при отсутствии стойкого достижения целевого уровня АД на фоне применения 3-х АГП разных классов (включая диуретик) в оптимальных дозах [93, 97, 127, 154, 155].

Данные крупнейшей программы, инициированной РМОАГ «ПРОРЫВ» показали большую распространённость неконтролируемой и резистентной АГ с преобладанием у женщин [31]. 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 НКАГ, оптимизировать методы её фармакотерапии [76, 94, 95].

В настоящее время мнение о доброкачественном и мягком течении АГ в странах со средним и низким уровнями дохода, требует доказательных данных [192]. АГ и её осложнения (ИБС, инсульты) преимущественно поражают людей

трудоспособного среднего возраста, психо-физиологические особенности которого могут создавать дополнительный риск более тяжёлого течения заболевания [186, 192].

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. 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 [36, 53, 192].

Значимость гендерных показателей у пациентов среднего возраста с РАГ не изучена. Определенное влияние на решение проблемы значимости гендерных стереотипов личности в развитии стресс-индуцированной АГ, оказали результаты работы Наймушиной А.Г. с соавт.[53], в котором установлены психологические составляющие и характер поведения пациентов в зависимости от пола и приверженности гендерным стереотипам.

Однако в перечисленных трудах не рассматривается взаимосвязь гендерных стереотипов личности и семейных установок с недостаточной эффективностью АГТ у пациентов среднего возраста с АГ. Установление значимости гендерных показателей у пациентов среднего возраста клинической манифестации АГ и их взаимосвязи с факторами, влияющими на эффективность АГТ (приверженность к лечению, выраженность тревоги/депрессии и ПОМ), может способствовать своевременному выявлению предикторов развития РАГ и улучшить её диагностику и профилактику.

## **Общая характеристика работы**

### **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.

**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 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.

### **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 РАГу пациентов среднего возраста.

Установлена взаимосвязь снижения IS (к диапазону маскулинного и высокомаскулинного типа личности) и семейного показателя (к диапазону традиционной СУ), сопровождающихся 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.

**Внедрение результатов исследования.** Результаты исследования внедрены в практику работы: кардиоревматологического отделения ГЦЗ №2 (г. Душанбе); в учебный процесс кафедр: внутренних болезней № 1 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино.

**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 и лечением, проведение основной части клинического обследования, статистическая обработка материала и написание работы, выполнены лично автором. Взяты под наблюдение 382 пациентов среднего возраста с первичной АГ, готовящихся к выписке из стационара и 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.

**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 III 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, 2016--2018 гг; на годичной научно-практической конференции молодых ученых ТГМУ им. Абуали ибни Сино, 2016-2018 гг.

### **Практическая значимость**

Для выявления предикторов недостаточной эффективности АГТ у пациентов среднего возраста предложено целесообразность проведения диагностики гендерных стереотипов личности (по IS) и типов СУ.

Вне зависимости от биологического пола маскулинные (особенно высокомаскулинный) стереотипы личности и традиционный тип СУ должны

рассматриваться как факторы постоянно и негативно влияющие на психо-эмоциональную сферу личности со снижением эффективности АГТ и способствующие ПОМ.

Отмечено, 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.

В группу высокого риска по развитию РАГ рекомендовано выделить пациентов среднего возраста с АГ при сочетании маскулинных стереотипов личности и традиционной СУ.

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

**Объем работы.** Диссертация изложена на 131 страницах компьютерного текста, состоит из введения, 4 основных глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы. Работа содержит 14 таблиц, иллюстрирована 22 рисунками. Библиографический указатель включает 193 источников, из них русскоязычных - 111.

## Глава 1. Аналитический обзор литературы

### Глава 1.1. Резистентная артериальная гипертония и её частота в популяции больных с гипертонической болезнью

*Резистентная артериальная гипертония. Состояние вопроса.* АГ является распространённым заболеванием и ведущим фактором сердечно-сосудистого риска и повышенное артериальное давление (АД) вносит наибольший вклад в смертность от сердечно - сосудистых заболеваний [14,19,86].

Несмотря на имеющийся обширный научный материал, основанный на данных многолетних клинических наблюдений, регулярно обновляющихся рекомендаций и широкий выбор современных препаратов, лечение АГ сопровождается затруднениями и случаи АГ, устойчивой к лечению, достаточно часты [78, 91, 156, 161, 177]. Наиболее неблагоприятным прогностическим фактором, в этом отношении, является резистентность к проводимой антигипертензивной терапии [74, 75, 107, 135, 154].

Термин «резистентная АГ» был предложен известным американским клиницистом R. Gifford в 1988 году [153]. Одновременно был опубликован обзор E. Frohlich, посвященный классификации резистентной АГ [151]. В данной классификации причины резистентности АГ были подробно освещены и объединены в трёх разделах:

1) резистентность связанная с *действиями врача* (неоптимальный режим лечения или предписанной диеты, недостаточный учет лекарственных взаимодействий, неточный клинический диагноз и недостаточную информированность пациента со стороны врача о его заболевании);

2) резистентность возникшая вследствие *поведения самого пациента* (недостаточная приверженность больного к лечению, соблюдению диеты, снижению веса и изменению образа жизни);

3) резистентность возникающая при отсутствии должного длительного наблюдения за пациентом.

Таким образом, для выделения РАГ, необходимо определить показатели эффективности терапии АГ, т.е. достигнуты ли цели терапии [8, 9, 59]. В рекомендации по диагностике и лечению АГ (четвёртый пересмотр) отмечается, что целью терапии АГ является [22]:

- 1) снижение риска сердечно-сосудистых осложнений и летальности;
- 2) снижение АД до целевого уровня;
- 3) коррекция модифицируемых факторов риска;
- 4) профилактика или замедление поражения органов-мишеней;
- 5) лечение ассоциированных состояний и сопутствующих заболеваний.

Из перечисленных критериев эффективности лечения АГ наиболее доступным и ранним можно считать снижение АД, и в части случаев, до целевого уровня [22, 70, 128, 188]. Однако следует заметить, что целевые уровни АД при лечении больных АГ тоже пересматриваются и для всех категорий больных (с ИБС, ЦВЗ или атеросклеротическим поражением крупных артерий и т.д.) однозначно не могут быть приняты [28, 47,92]. Для определения тезиса «целевые уровни АД» разные авторы приводят разные критерии, и до настоящего времени положение о целевых уровнях АД широко обсуждается [30, 46, 61, 103, 188].

Определение РАГ в течение ряда лет, фактически не претерпевает существенных изменений. АГ рассматривается обобщённо как РАГ при сохранении АД выше целевого уровня после устранения факторов риска и на фоне приема трех и более антигипертензивных препаратов различных классов в оптимальных дозах, один из которых является диуретиком [154, 155]. То есть, АГ считается резистентной к лечению, если адекватное изменение образа жизни в сочетании с терапией диуретиком и двумя другими антигипертензивными препаратами разных классов в адекватных дозах (антагонист минералокортикоидных рецепторов в этот список не входит) не позволяет снизить показатели САД и ДАД ниже 140 и 90 мм рт.ст., соответственно [48,55, 182]; при этом, повышенным может быть как САД, так и ДАД.

В исследовании ALLHAT, в котором наблюдались 33 тыс. пациентов с АГ, целевых значений САД достигли только 67 % участников, в то время как снижение ДАД менее 90 мм рт. ст. отмечено в 92 % случаев [132].

В настоящее время, несмотря на большую частоту случаев АГ, устойчивой к лечению, практическое применение научно-обоснованных концепций в данной ситуации и выделение РАГ как отдельную форму АГ - сталкивается рядом сложностей. Анализируя данные о сложности достижения цели терапии при АГ, при верификации истинной РАГ, Цибулькин Н.А. предлагает выделить «синдром резистентности» к антигипертензивной терапии в качестве этапного диагноза [91]. В случаях исключения симптоматического генеза АГ, неэффективной коррекции факторов риска и сохраняющейся устойчивости к ранее модифицированным методам лечения в качестве заключительного диагноза выставляется резистентная эссенциальная АГ [91].

Таким образом, установление диагноза резистентной эссенциальной АГ предполагает необходимость регулярного контроля состояния органов-мишеней, динамикой ассоциированных состояний, сопутствующих заболеваний и побочных эффектов терапии [21, 75, 128, 134, 152, 184]. Тщательно проведенный респрос остается одним из наиболее оптимальных методов определения нарушений приверженности пациента к лечению. При невозможности достижения целевого АД проводимое лечение поддерживается на минимально возможном уровне риска осложнений и интенсивности ПОМ, так как стратегическую эффективность лечения пациентов с РАГ определяет снижение риска осложнений и интенсивности поражения органов-мишеней.

*Частота недостаточной эффективности антигипертензивной терапии в популяции больных с АГ.* Согласно литературным данным в популяции больных с АГ частота РАГ колеблется от 5 до 18 % [117, 151, 153], однако единого мнения об истинной ее распространенности нет.

В масштабном исследовании М.Н. Alderman и соавт. (1988) только у 2,9 % больных выявили резистентность к антигипертензивной терапии. Однако более поздние исследования свидетельствуют о высокой распространенности

резистентной гипертензии [144, 162].

В опубликованных недавно данных обследования четырех случайных представительных выборок населения различных регионов Российской Федерации, проведенных с 2003 по 2010 г., распространенность АГ среди населения составляет 39,7% [58]. В популяции больных с АГ достаточно большое их количество (66%) получают лекарства для снижения АД, однако, по этим же данным, лечение является эффективным лишь у 22% больных АГ [31, 58, 62]. Аналогичная ситуация наблюдается и во многих других странах мира, включая европейские [161]. Статистика Франции, Германии, Великобритании и Испании демонстрирует большую распространенность резистентности к лечению – от 14,6 до 17,5 % [128, 163, 189].

В исследовании ALLHAT через год наблюдения за 14 722 пациентами с АГ в возрасте старше 55 лет у 47 % обследованных констатировалась резистентность к лечению [132, 148]. При этом одним из критериев исключения из исследования было наличие в анамнезе неконтролируемой АГ (требующей более 2 антигипертензивных препаратов для достижения АД <160/100 мм рт. ст.), то есть в исследование ALLHAT не вошли пациенты с заведомо резистентной к терапии АГ. В связи с этим, в реальной клинической практике следует ожидать еще большего количества лиц с плохо контролируемым АД, чем показали результаты ALLHAT.

При популяционном обследовании более 29 000 пациентов в возрасте старше 18 лет [69] установлено, что РАГ встречается у 9,1% лиц с повышением АД, и в 12,4% случаев среди больных, получающих антигипертензивную терапию. В работе Xiangyang C. с соавт. [183] частота истинно резистентной АГ также составляет несколько более 12%.

Более низкая частота истинной резистентности АД к терапии (всего 3% случаев из 606 пациентов с АГ) установлена в другом бразильском исследовании [113]. По данным более поздних исследований резистентная АГ в США, имеет место у 5–30% от всех больных АГ, но предполагается, что ее истинная распространенность находится на уровне менее 10% [133, 147, 174].

Среди госпитализированных больных АГ оказывается рефрактерной в 25–30 % случаев [140]. Что касается России, то эпидемиологические исследования свидетельствуют, что при большой распространенности АГ, повышенное АД адекватно контролируется лишь у 20% больных [97]. В этой связи, показатель снижения АД является важнейшим в оценке эффективности мероприятий, направленных на снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений у больных АГ [22, 51, 154, 175].

Указанные факты свидетельствуют о необходимости совершенствования методов борьбы с этим фактором риска. В Европейских рекомендациях по диагностике и лечению АГ в 2013 г. появились новые позиции, основными из которых являются изменение целевых уровней АД и повышение значимости контроля АД в домашних условиях, хотя такой контроль не уменьшает значения суточного мониторирования АД. Важным является и положение о значимости тотального определения комплекса факторов риска развития, как сердечно-сосудистых заболеваний, так и других патологических состояний в оценке стойкой эффективности проводимой антигипертензивной терапии [155].

*Факторы риска резистентной АГ.* Частота причин недостаточного контроля АД по данным различных источников варьирует в весьма широких пределах. Распространенность и вклад различных причин резистентности АГ к терапии различаются в разных странах и зависят от особенностей обследуемых когорт пациентов [124, 173, 180, 182].

Различают истинную и ложную РАГ. Как наиболее частая, распространённая во всем мире, причина ложной РАГ рассматривается отсутствие приверженности пациента к назначенной схеме антигипертензивной терапии, которое сопровождается неудовлетворительной частотой контроля АД [176, 181]. Кроме того, причинами ложной РАГ могут быть: реакция пациента на процедуру измерения офисного АД, наличие псевдогипертонии, препятствующая достаточной компрессии плечевой артерии (выраженная жёсткость сосудов, чаще всего, связанная с кальцинозом артерий у лиц старческого возраста), несоответствие манжеток на полных руках [133, 147, 160,

174].

Выделены следующие возможные причины истинной РАГ: особенности образа жизни, ожирение или большая прибавка массы тела, злоупотребление алкоголем, высокое потребление натрия; симпатикотония, обусловленная инсулинорезистентностью и гиперинсулинемией; хронический приём вазопрессоров или веществ, способствующих задержке натрия; обструктивное апноэ сна (нередко на фоне ожирения) и не диагностированные вторичные формы АГ [134, 169]. Как следующая по частоте причина рассматривается толерантность к лекарственным препаратам (22%), далее — вторичная АГ (11%) и низкая комплаентность больных (10%) [24, 41].

Как предрасполагающий фактор РАГ, некоторые авторы, выделяют пожилой возраст. В исследовании SYST-EUR у 43 % больных АГ была установлена резистентность к терапии [149]. Широкая распространенность резистентной АГ в этих исследованиях объясняется контингентом пожилых больных, участвовавших в них, у которых нередко регистрируется псевдогипертензия.

Хотя СОАС считается фактором риска развития АГ [126, 143], точных эпидемиологических данных о распространенности СОАС при РАГ нет. Имеются данные о большой частоте низкой приверженности к терапии и, заметно, высокая частота (более 13%) выраженных нарушений дыхания во сне среди больных неконтролируемой АГ [69].

Имеются противоречивые данные о частоте первичного альдостеронизма при неконтролируемой АГ [69, 159]. Отмечено, что при сочетании АГ с сахарным диабетом и хронической болезнью почек целевое АД достигает только каждый четвертый пациент [12, 141].

Таким образом, данные ряда клинических исследований указывают на высокую распространенность РАГ у лиц с АГ (от 20 до 30% и более). Постоянно растущая распространенность резистентной АГ объясняется старением населения, увеличением распространенности ожирения и сахарного

диабета, снижением физической активности и широким употреблением веществ, повышающих АД [168, 182, 190].

*Возрастные и половые аспекты резистентной артериальной гипертензии. РАГ у лиц среднего возраста.* Если исходить из того, что наиболее часто жертвами АГ становятся люди старше 35-40 лет и с возрастом показатели АД повышаются, то вполне объяснимо формирование особенностей течения болезней ССС в среднем возрастном диапазоне.

Учитывая нейрогормональные, социальные и психо-соматические сдвиги организма в данный период жизни, можно считать средний возраст наиболее уязвимым периодом жизни человека и оптимальным плацдармом для развития АГ и патологии ССС в целом.

В России и в большинстве развитых стран мира, среди причин смертности населения ведущее место занимают ССЗ. Доля умерших лиц от ССЗ прочно занимает первое место в структуре общей смертности населения [99, 157, 186]. Как одну из причин можно рассматривать недостаточную эффективность АГТ при АГ. Учащение неконтролируемой и резистентной АГ у лиц трудоспособного среднего возраста становится пусковым моментом развития тяжёлых поражений ССС, являющихся причиной более трети всех смертей у пациентов данного и более старшего возрастного диапазона.

В эпидемиологическом исследовании РЕГАТА-ПРИМА установлено, что резистентность к гипотензивной терапии чаще отмечалась у лиц среднего возраста, и только 39,5% больных РАГ составили лица пожилого и старческого возрастов [108].

По данным крупнейшей программы, инициированной РМОАГ «ПРОРЫВ» основывающимся на исследовании 4115 пациентов с неконтролируемой АГ в 50 регионах РФ, следует, что из 3967 пациентов заключительного визита (средний возраст 58,1 года) только 1197 (29,1%) были в возрасте старше 60 лет, т.е. 70,9% больных были в возрасте до 60 лет [31]. Если учитывать длительность АГ у пациентов, включённых в это исследование (10,8 года), то можно заключить, что данные «ПРОРЫВ» иллюстрируют

большую распространённость неконтролируемой и резистентной АГ у пациентов среднего возраста, или, во всяком случае, истоки данного заболевания находятся в среднем возрастном диапазоне.

Средний возраст, как у мужчин, так и женщин характеризуется гормональными сдвигами, стрессовыми ситуациями, периодами максимальной отдачи сил и времени профессиональной деятельности или семье.

Такая картина чаще наблюдается у лиц, работа которых связана с высокой ответственностью и/или риском для жизни, переработкой огромного потока информации, постоянным напряжением в связи с частым общением с разными по характеру людьми, отсутствием времени для отдыха.

У большинства пациентов в этом возрастном периоде появляется склонность к избыточному весу, злоупотреблению алкоголем и табаком [40, 58, 76]. Эти особенности среднего возраста требуют более пристального изучения кардиоваскулярной патологии, возникающей в данном возрастном диапазоне.

*Частота РАГ в зависимости от пола.* Распространенность АГ в 2009 г. в России составляла 42,9% среди женщин и 36,6% среди мужчин. Данные Российского регистра неконтролируемой и резистентной АГ РЕГАТА-ПРИМА, также, свидетельствуют о более высокой частоте резистентной и неконтролируемой АГ среди женщин (54% против 46% у мужчин) [25, 107].

Результаты National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) свидетельствуют, что у женщин на фоне антигипертензивной терапии реже достигаются целевые значения АД, чем у мужчин: в 60% случаев против 48% случаев у мужчин [150].

По данным программы «ПРОРЫВ», из 3967 больных с неконтролируемой АГ, женщин было 2531 (61,5%) [31]. Это связывается с большой частотой факторов риска ССЗ, в том числе ожирения, дислипидемии и сахарного диабета у женщин среднего и пожилого возраста [98]. У пациентов с РАГ отмечается большая степень поражения органов мишеней, высокая степень сердечно-сосудистого риска и смертности по сравнению с общей популяцией пациентов с ГБ [56, 60, 133, 147, 158]. Однако, согласно данным

официальной статистики уровень смертности среди мужчин превышает уровень смертности среди женщин от ССЗ в целом в 4,7 раза; от ишемической болезни сердца (ИБС) – в 7,2; от инфаркта миокарда – в 9,1 и от цереброваскулярных болезней – 3,4 раза, что свидетельствует о «сверхсмертности мужчин» [99, 166, 186]. Тем не менее, до настоящего времени основные принципы АГТ у больных АГ обоих полов являются общими, хотя для женщин характерны более высокая распространенность побочных эффектов некоторых АГП и наличие особых показаний для назначения диуретиков [4, 6, 68, 107, 109, 110, 120, 145].

Таким образом, у пациентов с РАГ отмечается высокая степень сердечно-сосудистого риска и смертности по сравнению с общей популяцией пациентов с ГБ. Имеют место половые различия частоты факторов риска РАГ: для женщин характерны, с одной стороны, более высокая распространенность побочных эффектов некоторых препаратов, с другой стороны, большая частота ожирения, дислипидемии, сахарного диабета и артрозов; хотя у мужчин терапия АГ чаще бывает эффективной, уровень смертности среди мужчин превышает уровень смертности среди женщин от ССЗ в целом в 4,7 раза (со значительной долей мужчин среднего возраста). Особенности течения ССЗ формируются в среднем возрасте и истоки неконтролируемой и РАГ находятся в среднем возрастном диапазоне. Не исключено, что учащение РАГ у лиц трудоспособного среднего возраста становится пусковым моментом развития тяжёлых поражений ССС и смертности от них.

## **1.2. Гендерная медицина. Стереотипы маскулинности/ фемининности.**

### **Типы семейных установок. Гендерные конфликты**

*Гендер. Гендерная медицина.* Анализируя данные литературы можно выделить: *во-первых*, полидетерминированность здоровья человека в современном мире; *во-вторых*, недостаточную освещённость социальных детерминантов в возникновении поведенческих факторов риска, в разной степени и по-разному проявляющихся у мужчин и женщин. Половая

принадлежность человека - важная часть социальной жизни. Различие между полами при определении их социальных ролей - создаёт понятие ГЕНДЕР. Это одно из основных понятий современной социологии, обозначающее ролевые социальные ожидания представителей разного пола друг от друга. Гендер касается не сугубо физиологических свойств, по которым отличаются мужчины и женщины, а социально сформированных черт, присущих «женственности» и «мужественности». Гендер (анг.-gender, от лат. genus «род») — социальный пол, определяющий поведение человека в обществе и то, как это поведение воспринимается [23]. Понятие «гендер» отражает сложный социокультурный процесс конструирования обществом различий в мужских и женских ролях, поведении. «Гендер» отличается от понятия «пол» (на англ. «sex»). Пол задаётся естественно, а гендер – социально. Гендер можно определить как систему ценностей, норм и характеристик мужского и женского поведения (стиля жизни и образа мышления, половых ролей и отношений) приобретенные ими в процессе социализации и поддерживаемые социальными институтами [3, 34, 83]. Словоупотребление «гендер» подразумевало то, что видимые различия личностных и поведенческих характеристик мужчин и женщин не связаны напрямую с действием биологических факторов, а определяются спецификой социального взаимодействия [35]. Учитывая полидетерминированность здоровья, следует думать, что имеет место различие между мужчиной и женщиной не только при отсутствии болезни, но и при тех или иных заболеваниях.

Так или иначе, «гендер» довольно сложное понятие и употребляется в нескольких значениях: 1) как социально-ролевая и культурная интерпретация характеристик личности и моделей поведения супругов; 2) как результат социализации индивидов, родившихся в определённых биологических категориях пола; 3) как политика равных прав и возможностей мужчин и женщин; как деятельность по созданию механизмов её реализации [2, 10, 26, 33, 35].

Гендерная проблема разработана психологами, социологами, этнологами, хотя социо-культурным оформлением пола, скорее всего, должны интересоваться представители медико-биологических дисциплин [3, 38]. Рождается гендерная медицина, в частности кардиология. В 2007 и 2011 гг. Американской ассоциацией сердца опубликованы рекомендации по профилактике ССЗ у женщин [137]; в 2007 г. - консенсус европейских кардиологов и гинекологов [167], а в 2008 г. - консенсус российских кардиологов и гинекологов по ведению женщин с риском ССЗ [13].

*Гендерные стереотипы маскулинности/фемининности.* Исторически создавались представления о социальной модели женщин и мужчин, определяющая их положение, поведение и роль в обществе. Гендерные или поло ролевые стереотипы - это стандартизированные представления общества о моделях поведения, чертах характера, соответствующие понятиям «мужское – маскулинность» и «женское - фемининность» [35, 111]. Как показатели, характеризующие гендерный тип личности рассматриваются как маскулинность/фемининность, определяемая по основному индексу (IS), так и типы семейных установок [35, 87, 111].

Гендер включает систему социальных институтов, воплощающих в жизнь гендерные нормы, и предписания (семья, школа, армия, государственная, правовая системы). Стереотипы усваиваются очень рано и используются детьми задолго до возникновения у них ясных представлений о тех группах, к которым они относятся [1, 51]. В каждом гендере можно выделить ряд составляющих: биологическую организацию личности с фиксированными половыми признаками; гуморальную регуляцию этих признаков; осознание своей половой принадлежности; самооценку сексуального статуса для реализации ролевой позиции; стереотипы поведения и образ жизни; "отраженное Я" (осознание отношения окружающих к такому сексуальному статусу и связанная с этим модификация поведения в лучшую или худшую сторону).

Категории «маскулинность» и «фемининность» подтверждаются различным, в зависимости от пола поведением, различным распределением мужчин и женщин внутри социальных ролей и статусов, - которые поддерживаются психологическими потребностями человека вести себя в социально желаемой манере и ощущать свою целостность, непротиворечивость [35, 39].

В понятиях маскулинность и феминность отражены нормативные эталоны идеального мужчины и идеальной женщины [33]. В коллективном сознании общества «маскулинность» или образ «истинного мужчины» включает: социально не ограничивающий стиль поведения, компетентность, рациональность, активность и эффективность, с ориентацией на выполнение тяжёлой деятельности, руководства, «добывания средств для жизни».

Отрицательными качествами мужчины признаются категоричность, однозначность, нередко грубость, авторитаризм, излишний рационализм, индивидуализм. Согласно результатам, полученным Шуховой Н.А., «у мужчин качества авторитарной маскулинности, включающие агрессивность, жесткость, стремление к превосходству, в том числе и над женщинами, властность, грубость снижают качество адаптации и внутреннего благополучия, так же как и высоко фемининные качества [104-105].

В словаре И.С. Ожегова слово «женственный» означает: «с качествами женщины - мягкий, нежный, изящный»[39, 57]. Фемининность включает: нежность, слабость; таинственность и мудрость; материнские качества; склонность к переменам; нерациональность; эмоциональность.

С. Бем полагает, что более желательно быть *андрогинным*, то есть сочетать в себе лучшее из обеих гендерных ролей [122]. Можно предполагать, что сглаживание дихотомии мужского-женского в сознании и поведении человека таит в себе определенную угрозу утраты позитивной социальной идентичности. Однако при исследовании гендерной идентичности (аспект самосознания, описывающий переживание человеком себя как представителя определенного пола[35]) обнаружены связи андрогинии с ситуативной гибкостью, то есть способностью быть настойчивым или центрированным на

интересах других, в зависимости от ситуации [105, 122], с высоким самоуважением, субъективным ощущением благополучия, мотивацией к достижениям [29, 38, 42, 45, 90, 102].

*Гендерно-связанные типы семейных установок.* Своеобразной общностью людей является *семья*. Как один из самых традиционных и устойчивых социальных институтов, семья обладает относительной автономностью, однако влияет на все стороны общественной жизни и с ней прямо или косвенно связаны все социальные процессы [81]. Семья объединяет не только супругов, но и их детей, других родственников, друзей, в этой связи, представляет собой более сложную систему отношений, чем брак [2, 3, 81].

Супружеские отношения многофункциональны, в связи с чем, требуется всестороннее включение личности, что в свою очередь, придаёт исключительную глубину и интимность супружеским отношениям [3].

Одной из важнейших характеристик современной семьи является её ролевая структура, т.е. обязанности супругов в семье во взаимосвязи с полом. Гендерные роли в семье, как и стереотипы личности – обобщенная информация о качествах, присущих тому или иному гендеру [81].

При анализе содержания гендерных стереотипов исследователи объединили их в три группы [35, 39, 87, 105]:

1. Стереотипы маскулинности/фемининности, предписывающие людям определенные мнения о соматических, психических и поведенческих качествах, характерных для мужчин и женщин. Мужчинам и женщинам приписываются вполне определенные психологические качества и свойства личности, которые противостоят друг другу.

2. Стереотипы семейных и профессиональных ролей касается закрепления семейных и профессиональных ролей в соответствии с полом.

3. Стереотипы, связанные с содержанием деятельности мужчин и женщин: мужчине предписывается выполнение инструментальной роли, финансовая поддержка семьи, связь семьи с внешним миром, созидательный,

руководящий труд; женщинам - исполнительский и обслуживающий труд, регулирование отношений внутри семьи, роль жены, матери, домохозяйки.

Однако, такое закрепление профессиональных ролей исключительно за мужчинами, а семейных - за женщинами, не отражают и не учитывают реалии современной жизни, которая намного сложнее и многообразнее этих весьма упрощенных моделей поведения мужчин и женщин.

Т.В. Андреева рассматривает брак как форму гендерных межличностных отношений и характеризуя стереотипы семейных установок (ролей) [3] отмечает, что ролевая структура семьи является одной из важнейших характеристик современной семьи. Ролевая структура семьи отражает выполняемые обязанности каждого из супругов, характеризуя при этом, насколько жёстко они взаимосвязаны с полом, желанием, волей супругов, и в какой степени определяются традициями и другими внешними факторами.

При выделении основных проблем женщин и мужчин в семье отмечается, что у женщин, это - сложность гармоничного сочетания профессиональных и семейных ролей на фоне высокой ответственности за семью; у женатых мужчин – снижение лидерских позиций и авторитета в семье, так как мужчина в роли главы семьи «должен иметь» приоритет в принятии решений семейных проблем, однако, во всех сферах современной семьи, жена чаще принимает решения [3].

Далее в зависимости от распределения ролей в семье между супругами выделяется несколько типов семей:

1) традиционная семья – это семья, где за супругами в соответствии с их полом закреплены определённые роли – жена играет роль матери и хозяйки, муж в основном ответственен за материальное обеспечение семьи и сексуальные отношения.

2) Нетрадиционная (неопределённая, промежуточная) — семья, в которой исключительное право на домашний труд закреплено за женщиной, хотя сохраняются традиционные установки на мужское лидерство.

3) Эгалитарная семья - это семья равных. Для такой семьи характерно: а) занятие мужем и женой в равной степени и домашним хозяйством, и профессиональной деятельностью, взаимозаменяемость супругов в решении бытовых проблем; б) обсуждение основных проблем и совместное принятие важных для семьи решений; в) ролевая структура в семье не предполагает жесткого распределения ролей по половому признаку. Оба супруга в равной степени могут быть лидерами [3].

*Гендерные конфликты.* Негативной стороной усвоения гендерных ролей является то, что они могут тормозить личностное развитие человека и закрепляют гендерное неравенство в обществе, хотя поддержку межличностного и межгруппового взаимопонимания и сотрудничества гендерных стереотипов - как генерального соглашения о взаимодействии «мужского» и «женского» - можно считать позитивным в их действии [10].

Из-за повышенной ответственности за материальное обеспечение семьи мужчины испытывают стрессовые состояния и, зачастую, во внутрисемейной жизни не реализуют себя в полной мере. Мужчины испытывают стрессовые состояния из-за повышенной ответственности за материальное обеспечение семьи и не реализуют себя в полной мере [3, 39, 87, 111].

Женщины, в связи с ответственностью за семью, принимают роли, традиционно определяемые как мужские. Это создаёт у них постоянные перегрузки, влияет на их физическое, психическое состояние и способствует возникновению ролевого конфликта.

Социальная ситуация, при которой от одного и того же индивида ожидаются ролевые действия, несовместимые друг с другом [3, 33, 35].

Кроме того, внутреннее состояние человека, вызванное его противоречивыми представлениями, мотивами, моделями поведения, - могут вызвать внутри личностные конфликты, связанные с тем, что человек подчиняет своё поведение традиционным нормативным моделям мужской и женской роли вопреки своим потребностям и желаниям.

Экзистенциально–гендерный конфликт, как одна из форм внутриличностного конфликта, может быть обусловлен неожиданно возникшими обстоятельствами, которые ставят человека лицом к лицу с фундаментальными вопросами его жизни: принятие важных необратимых решений, разрушение некоторых фундаментальных моделей поведения или способов взаимодействия с другими. Экзистенциальный конфликт нарушает привычный ход жизни, делает невозможной обычную жизнедеятельность, требует от человека переосмысления целей своей жизни и образа жизни.

Чаще всего мужчины оказываются в ситуации экзистенциального конфликта в случае потери работы или выхода на пенсию, так как воспринимают свою профессиональную деятельность и карьеру как самое главное предназначение своей жизни и такая ситуация на эмоциональном уровне сопровождается признаками острого стрессового расстройства.

Женщины часто переживают экзистенциальный кризис в период психологического отделения повзрослевших детей от семьи, когда привычное течение жизни нарушается, возникает ощущение пустоты, ненужности, бессмысленности жизни. Живя жизнью детей, многие женщины обесценивают собственную жизнь [3, 10].

### **1.3. Гендерный анализ в медицине. Гендерные особенности артериальной гипертонии**

Гендерный анализ подвергает сомнению утверждение о том, что любой человек, независимо от пола, испытывает одинаковое воздействие политических курсов, программ и законодательства. Гендерный анализ полностью раскрывает последствия любых социальных изменений для обоих полов [50, 54, 66, 101]. Гендерный анализ в медицине основан на том, что воздействие факторов риска, проявлений болезни и лекарств на организм человека не может быть одинаковым и независимым от пола и поло-ролевых установок, так как анатомо-физиологические различия мужчины и женщины распространяется и на характер реагирования на различные психо-социальные

и терапевтические воздействия [7, 15, 63, 80]. Можно перечислить ряд физиологических особенностей организмов женщин и мужчин. Это: различие содержания X и Y, ответственных за разные функции организма; лучшая развитость вербальной (речевой) функция у женщин; нередко кардиопротективное влияние женского полового гормона эстрогена; неодинаковое влияние ряда лекарств на организм женщины и мужчины; эмоциональность женщин и более высокие репаративные (восстановительные) способности женщин [38, 53, 71 – 73, 86, 119, 170, 171] и самое главное - отношение к здоровью [79]. Различия течения одних и тех же заболеваний у мужчин и женщин могут быть связаны как физиологическими особенностями, так и стереотипом поведения [17].

На данный период отсутствуют научные основы и принципы гендерного подхода к диагностике и лечению АГ и ССЗ в целом, однако позиции гендерной медицины на планете укрепляются, ведутся исследования и анализируются огромные потоки информации, которые могут свершить революцию во многих разделах медицины [7, 12, 13, 16, 18, 38, 52]. Половые различия течения ССЗ и высокая смертность среди мужчин среднего возраста допускает возможность неодинакового воздействия социальных преобразований (политических курсов, программ и законодательства) на мужчин и женщин с изменением их социальной роли и стереотипов поведения [63-66, 83, 105]. Вопросам гендерных особенностей течения АГ посвящены единичные исследования. Имеются данные о том, что повышенное АД у женщин в большей степени увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений, чем у мужчин [13, 19, 125]. По данным других авторов коррекция АД у женщин приводит к более выраженному защитному эффекту, чем у мужчин [135, 65].

Гендерное закрепление социальных ролей за определённым полом может способствовать возникновению гендерных конфликтов как на макроуровне (социальный конфликт) и на уровне межличностных отношений (в сфере семейных отношений, ролевые конфликты), так и на интраиндивидуальном

уровне («ролевой конфликт работающей женщины», экзистенциально–гендерный конфликт). Высокая динамика социальных процессов, формирующие социальные факторы риска здоровью и затрагивающие трудоспособную группу населения и проявляющиеся через индивидуальное поведение личности, в особенности женщин (маскулинизация)[36, 53, 192], несомненно, требуют постоянной борьбы за преодоление существующих гендерных предубеждений и гендерных конфликтов, в связи с чем, становится фактором, негативно действующим на психо-эмоциональную сферу личности человека и благоприятным фоном для развития стресс-обусловленных соматических заболеваний, например, АГ.

Гендерным проблемам АГ посвящена работа Наймушиной А.Г. с соавт., в которой выделены психологические особенности пациентов с АГ: ориентация на личные достижения и карьеру, агрессивность, доминантность, реалистичность и прагматизм, циничность, низкая чувствительность к боли и недомоганиям, и, как следствие - отрицание заболевания, т.е. «минимализация»[53]. Анализ единичных публикаций о влиянии гендерных факторов в развитии стресс-индуцированной патологии, в частности АГ, свидетельствует, что типично мужское поведение связывается с инстинктом «саморазрушения», который сопровождается вредными привычками [38, 53, 49, 50, 57]. Установлено, что женщины охотнее посещают психотерапевтические тренинги в связи с чувством напряжения и тревоги [26, 120, 136, 146].

Однако отсутствуют данные медико-социальных исследований, оценивающие степень возрастных различий влияния ряда соматических, социальных и психологических факторов на организм мужчин и женщин, стереотипы поведения пациентов разного пола. Данные литературы о половых различиях причинно-следственной взаимосвязи ряда социальных и психологических факторов на организм мужчин и женщин неоднозначны, нет исследований целенаправленно выделяющие гендерные особенности возникновения и клинического течения РАГ. У пациентов трудоспособного возраста остаётся неизученной значимость гендерных стереотипов в

формировании резистентности к АГТ – важного фактора, определяющего течение патологического процесса (особенности образа жизни, качество жизни, приверженность к лечению и выраженность соматических сдвигов) и его исходы.

Таким образом, как показатели, характеризующие гендерный тип личности рассматриваются как маскулинность/фемининность, определяемая по основному индексу (IS), так и типы семейных установок [35, 87, 111]. В Средней Азии повсеместно распространён патриархальный и нетрадиционный уклад жизни личности и семьи. На этом фоне повышенная активность и сравнительно лучшая социальная адаптация женщин может способствовать возникновению гендерного конфликта на уровне межличностных отношений, что в первую очередь, связано с характером распределения ролей в семье между мужем и женой. Несоответствие ролевого поведения супругов, чаще всего связанное с возникновением внутриличностного конфликта, в противовес ожидаемому ролевому поведению и болезненное отношение к нему супругов может влиять не только на психо-соматическое состояние личности, но и на медико-социальные показатели, деформируя отношение личности к болезни и приверженность к лечению. В этой связи, изучение гендерных стереотипов личности и семейных установок при АГ может решать важную задачу своевременной диагностики развития резистентности к АГТ и её профилактики.

## **Глава 2. Характеристика обследованных лиц и методы исследования**

### **2.1. Этапы исследования и характеристика обследованных лиц**

Исследование проведено в кардиологическом, неврологическом и терапевтических отделениях Городской клинической больницы 5 (им. академика К.Т. Таджиева) города Душанбе (главный врач, к.м.н. Рустамов Х.К.).

На скрининговом этапе исследования взяты под наблюдение 382 пациентов среднего возраста с первичной артериальной гипертонией, готовящихся к выписке из стационара с улучшением состояния и согласившихся на дальнейшее наблюдение в течение не менее двух месяцев.

Обследование пациентов проведено согласно Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии - РМОАГ [22]. С целью исключения «псевдорезистентности», оценки устойчивости эффекта антигипертензивной терапии (АГТ) по достижению целевого уровня АД, выявления скрытой резистентности, проведено 2-х месячное наблюдение при необходимости со сменой режима терапии, назначением полных доз и более эффективных комбинаций АГП.

Определялась приверженность пациентов к лечению, уточнялся образ жизни и в дальнейшем проводились лечебно - профилактические вмешательства по модификации образа жизни, повышению навыков самоконтроля (проверялось соответствие прибора для самоконтроля АД) и приверженности к медикаментозной терапии.

Антигипертензивная терапия оптимизировалась путём снижения дозы (или отмены) препаратов, обладающих прессорным действием (НПВП, оральные контрацептивы, назальные симпатомиметики) и созданием оптимальной 3-х компонентной схемы лечения, чаще всего, при назначении блокатора ренин-ангиотензиновой системы (иАПФ, или БРА) в сочетании с антагонистами кальция и диуретиками. При отсутствии эффекта дополнительно

назначались спиронолактон, петлевой диуретик,  $\beta$ -блокаторы (и/или  $\alpha$ -блокаторы), агонисты имидазолиновых рецепторов, клонидин (центрального действия); ренальная денервация не проводилась.

При оценке устойчивости достижения целевых значений АД учитывались данные «офисного» и суточного домашнего контроля АД (СКАД). Изучена частота контролируемой (стойкое достижение ЦУ АД на фоне 1-2 АГП), неконтролируемой (отсутствии стойкого достижения ЦУ АД на фоне 2 АГП) и резистентной к терапии АГ (при отсутствии стойкого достижения целевого уровня АД на фоне применения трех АГП разных классов, включая диуретик, в оптимальных дозах) или 4 и более АГП.

*Выделение пациентов среднего возраста с недостаточной эффективностью антигипертензивной терапии.* Из 382 пациентов среднего возраста, госпитализированных с ГБ и согласившиеся на дальнейшее наблюдение в течение двух месяцев, 2/3 (61,8%) были женщины и 38,2% - мужчины ( $p < 0,001$ ). У наблюдаемых пациентов, готовящихся к выписке после стационарного лечения, оценена эффективность предшествующей терапии по достижению целевых значений АД и с учётом полученных данных предварительно выделены группы пациентов, у которых на стационарном этапе:

1) было достигнуто стойкое снижение АД до целевых уровней на фоне 1-2 компонентной АГТ, т.е. АГ была контролируемой (КАГ);

2) АД не контролировалось стойко на фоне 2 двух компонентной АГТ, т.е. АГ была неконтролируемой (НКАГ);

3) не было стойко достигнуто целевое АД при 3-х и более компонентной АГТ, т.е. АГ была резистентной к терапии (РАГ).

Для подтверждения выделенных форм течения АГ при дальнейшем наблюдении в течение 2 месяцев после выписки из стационара оценена эффективность терапии при сопоставлении данных офисного измерения АД и самоконтроля АД пациентами (на дому - СКАД). При этом пациенты продолжали контролируемую терапию (при необходимости со сменой режима

терапии, назначением полных доз и эффективных комбинаций АГП), на фоне которой учитывалась динамика АД по данным офисного АД и СКАД с оценкой клинико-гемодинамических сдвигов. К концу наблюдения отмечено, что у 6 (4,2%) пациентов с НКАГ выявлена «псевдогипертозия» и они исключены из дальнейшего исследования. На фоне 3-х компонентной АГТ с включением тиазидного диуретика, не отмечено стойкое снижение АД до целевых уровней у 8 (5,6%) пациентов с НКАГ, в связи с чем, они включены в группу с РАГ (таблица 2.1).

**Таблица 2.1.-Состав пациентов среднего возраста с АГ к концу наблюдения**

Показатели, n (%)	КАГ (абс/%)	НКАГ (абс/%)	РАГ (абс/%)
После стационарного лечения включены для наблюдения (n=382)	118 (30,9)	144 (37,7)	120 (31,4)
Установлена «псевдогипертозия» (n=6)	0	6 (4,2) Исключены	0
Достигнуто целевое АД на фоне 1-2 компонентной АГТ (n=132)	118 (100,0)	10 (6,9) установлена КАГ	4 (3,3) установлена КАГ
Не достигнуто целевое АД на фоне 2 компонентной АГТ (n=244)	0	128	116 (96,7)
Не достигнуто целевое АД при 3-4-х компонентной АГТ (n=124)	0	8 (5,6) установлена РАГ	116 (96,7)
Всего 376 пациентов, из них:	(35,1)	120 (9,9)	124 (32,0)
Для рандомизации групп сравнения включены всего 256 пациента с АГ:	132	-	124

10 (6,9%) пациентов с НКАГ и 4 (3,3%) пациентов с РАГ, у которых на фоне контролируемой терапии достигнуты целевые уровни АД (14 пациентов), включены в группу КАГ. Установлено, что из 382 пациентов ГБ «псевдогипертозия» установлено у 6 (4,2) пациентов с НКАГ, что составляет

1,6% от общего количества больных среднего возраста госпитализированных с ГБ; эти пациенты не включены для дальнейшего наблюдения.

К концу наблюдения у 132 (35,1%) пациентов достигнуты целевые значения АД, т.е. подтверждена контролируемая артериальная гипертония. 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.

Из числа пациентов с КАГ и РАГ составлены 2 группы, сопоставимые по полу и возрасту для изучения гендерных стереотипов маскулинности/фемининности, типов семейных установок и психосоциальных характеристик личности пациентов и их взаимосвязь с особенностями течения с АГ.

*Критерии включения:* Пациенты среднего возраста (45-59 лет), госпитализированные в терапевтические и кардиоревматологическое отделения ГКБ №5 г. Душанбе с документированной гипертонической болезнью, у которых первичность АГ подтверждена данными клинико-лабораторного и инструментального обследования, согласно рекомендациям РМОАГ [22]. При вероятности вторичной гипертонии у 29 пациентов проведено расширенное обследование в специализированных клиниках.

*Критерии исключения.* Учитывая влияние длительности течения АГ и тяжёлых ПОМ на изучаемые психо-социальные показатели и гендерные характеристики личности и семьи (чаще всего, деформируя межличностные взаимодействия [3, 71]), к критериям исключения наряду, с вторичной АГ включены: ИБС, острые и перенесенные нарушения мозгового кровообращения, ХСН 2-3 ст.,ХБП III–V стадий (СКФ<60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>), сахарный диабет, метаболический синдром, хронические обструктивные болезни лёгких.

Критериям исключения соответствовали 124 пациентов с РАГ и 132 -с КАГ.В последующем из их числа 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%.

## 2.2. Методы исследования

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

Определены факторы, 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), пессимистическая оценка перспектив состояния здоровья, частые стрессовые ситуации, побочные эффекты проведенной антигипертензивной терапии.

Приверженность к лечению определяли по Мориски–Грин [130]. О суточном индексе – (СИ) АД судили по степени ночного снижения (СНС) САД и ДАД. Нормальным суточным индексом АД считали степень ночного снижения САД 10-20%; меньше 10% - больные классифицировались как «имеющие недостаточное снижение ночного САД», меньше 0% - как имеющие

устойчивое повышение АД в ночные часы и больше 20% - как имеющие чрезмерное ночное снижение САД .

Проведена ЭКГ для выявления ГЛЖ, нарушений ритма и проводимости, ИБС и других поражений миокарда. Диагностика ГЛЖ проведена при определении индекса Соколова-Лайона ( $SV_1+RV_{5-6}>35$  мм), Корнельского показателя ( $R_{AVL}+SV_3 \geq 20$  мм для женщин,  $(R_{AVL}+SV_3) \geq 28$  мм для мужчин и Корнельское произведения ( $R_{AVL}+SV_5$ ) мм x QRS мс  $> 2440$  мм x мс).

*Утолщение стенки брахиоцефальных артерий* – толщина интима-медиа (ТИМ  $\geq 0,9$  мм) или наличие атеросклеротической бляшки определялись при дуплексном сканировании брахиоцефальных артерий [178].

*Диастолическая дисфункция левого желудочка (ДДЛЖ)* определялась на эхокардиографе «Acuson» 128 XP/10 по соотношению пиков E/A - максимальной скорости трансмитрального кровотока в фазу быстрого наполнения ЛЖ (пик E, м/с) к максимальной скорости трансмитрального кровотока в систолу предсердия (пик A, м/с); рассматривались 2 типа ДДЛЖ: с замедлением релаксации ( $E/A < 0,9$ ) и рестриктивный ( $E/A > 2$ ) [116, 164].

При диагностике начальных проявлений цереброваскулярной недостаточности (НПЦВН) учитывалась частота (не реже 1 раза в неделю в течение 3 месяцев) головной боли, головокружения, снижения памяти, работоспособности и шума в голове, при сочетании 2-х или более проявлений.

Как факторы риска рассматривались следующие сдвиги липидного профиля: гиперхолестеринемия ( $ОХС > 4,9$  ммоль/л), гипертриглицеридемия ( $ТГ > 1,7$  ммоль/л), снижение ЛПВП ( $< 1$  ммоль у мужчин,  $< 1,2$  ммоль/л у женщин) [145].

*Определение гендерных особенностей личности пациентов*, т.е. приверженность гендерным стереотипам (маскулинности-фемининности) определена по модифицированному поло-ролевому опроснику С.Бэм [122]. В литературе этот опросник упоминается как «анкета половых ролей - BSRI (Ben Sex Role Inventory)» [10, 39]. В 1996 – 1999 гг. на базе института психологии РАН осуществлена адаптация методики BSRI: перевод, анализ

шкал, проверка содержательной валидности, модификация и стандартизация теста.

Адаптированный вариант теста С. Бем и оригинальная методика BSRI, включает шкалы фемининности и маскулинности и буферную шкалу общих качеств. Модифицированный вариант опросника С. Бэм[39] содержит 60 качеств (по 20 в каждой шкале), с инструкцией: «Оцените наличие (или отсутствие) у большинства женщин (затем мужчин) приведенных ниже качеств; отвечать только «да» или «нет». За каждое совпадение с ключом начисляли 1 балл. Затем определяли показатель фемининности (F) и маскулинности (M) в соответствии с формулой:  $F = (\text{сумма баллов по фемининности})/20$ ;  $M = (\text{сумма баллов по маскулинности})/20$ . Основным индексом (IS) определяли как:  $IS = (F - M)$  помноженное на 2,322. При величине IS в пределах от -1 до +1 делалось заключение об андрогинности; при IS меньше -1 - о маскулинности и при IS больше +1 - о фемининности. Индекс больше +2,025 считался как признак ярко выраженной фемининности, а при значениях меньше -2,025 - ярко выраженной маскулинности.

*Выделение типов семейных установок* проведено по опроснику Ю.Е. Алешина с соавт. «Распределение ролей в семье» [2], состоящего из 21 вопросов (тестов), предназначенного для изучения установок личности относительно распределения 7 семейных ролей (3 вопроса по каждой роли) между мужчинами и женщинами: 1) воспитание детей; 2) материальное обеспечение семьи; 3) эмоциональный климат в семье; 4) организация развлечений; 5) роль хозяина/хозяйки; 6) сексуальный партнер; 7) организация семейной субкультуры. По результатам суждения о том, как вообще должны распределяться семейные роли, выяснены установки, связанные с распределением ролей в семье и выделены три типа семей: традиционные, эгалитарные и промежуточные.

*Как традиционные семьи рассматривались* семьи, где все домашние обязанности строго делятся на «мужские» и «женские» и большую часть этих обязанностей выполняет жена. *Эгалитарные семьи* характеризуются

совместным распределением семейных ролей без разделения их на «мужские» и «женские», таким семьям присуща взаимозаменяемость супругов в домашних делах. *В семьях нетрадиционного (промежуточного, неопределённого) типа* не выражен типичный вариант распределения внутрисемейных ролей. В настоящем исследовании показатель семейного стереотипа условно обозначен нами как семейный показатель – СП. При подсчёте баллов по всем ролям самые низкие (от 1 до 2 балла) значения СП соответствовали традиционному типу, от 2 до 3 – эгалитарному, от 3 до 4 – неопределённому (нетрадиционному, промежуточному) стереотипу семейных установок.

*Уровень стресса определён по шкале психологического стресса L.Reeder* (в модификации О.С. Копиной с соавт., 1989), различая высокий (от 1 до 2 баллов у мужчин, от 1 до 1,82 – у женщин), средний (от 2,01 до 3 баллов у мужчин, от 1,83 до 2,82 – у женщин) и низкий (от 3,01 до 4 баллов у мужчин, от 2,83 до 4 – у женщин), т.е. чем ниже значения, тем выше уровень стресс.

*Качество жизни (КЖ) оценивалось при помощи опросника КЖ для психосоматических больных*[82]. Оценивались следующие составляющие КЖ: соматическое состояние, психологическое состояние и социальное функционирование. Максимальный балл по каждой составляющей КЖ был равен 48 и 24 балла, ниже таковых мы расценивали как снижение данной составляющей.

*Для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги применена Госпитальная шкала тревоги и депрессии, разработанная Zigmond A.S. и Snaith R.P. в 1983 г., которая состоит из 2 подшкал: тревоги и депрессии (по 7 утверждений в каждой). Различали 3 области значений по каждой подшкале: от 0 до 7 - норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии); от 8 до 10 - субклинически выраженная; 11 и выше - клинически выраженная тревога/депрессия* [193].

*Проведена оценка категории суммарного кардиоваскулярного риска* [22, 145]. 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.

### **2.3. Статистическая обработка материала**

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  $\chi^2$  и U-критерий Манна-Уитни; различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

При оценке корреляционных связей использовались коэффициент ранговой корреляции Спирмена и коэффициент корреляции Пирсона.

### **Глава 3. Гендерные показатели у пациентов среднего возраста артериальной гипертонией: взаимосвязь с факторами риска и субклиническими поражениями органов мишеней**

Учитывая отсутствие исследований, выделяющие значимость гендерных характеристик личности пациентов среднего возраста с АГ в развитие резистентности к антигипертензивной терапии тот факт, что в медицине нередко как «гендерные» рассматриваются различия по половому признаку, то в настоящем исследовании сравнительно анализированы и половые, и гендерные различия сдвигов психо-соматических и клинико-гемодинамических показателей у пациентов с резистентной и контролируемой АГ.

#### **3.1. Гендерная характеристика пациентов среднего возраста с артериальной гипертонией: стереотипы маскулинности/феминности и семейных установок**

Как показатели, характеризующие гендерный тип личности, рассматриваются как стереотипы маскулинности/феминности, определяемые по основному индексу (IS), так и типы семейных установок [35, 87, 111].

В Средней Азии распространённым является патриархальный и традиционный уклад жизни личности и семьи. На этом фоне повышенная активность и сравнительно лучшая социальная адаптация женщин может способствовать возникновению гендерного конфликта на уровне межличностных отношений, что в первую очередь, связано с характером распределения ролей в семье между мужем и женой. Несоответствие ролевого поведения супругов, в противовес ожидаемому ролевому поведению и болезненное отношение к нему супругов может влиять не только на психо-соматическое состояние личности, но и на медико-социальные показатели, деформируя отношение личности к болезни и приверженность к лечению. В этой связи, изучение гендерных стереотипов личности и семейных установок у

пациентов среднего возраста с АГ может играть важную роль в развитии болезни и эффективности проводимой терапии.

*Гендерные стереотипы маскулинности/феминности у пациентов с АГ.*  
Полученные результаты проведенной диагностики маскулинности и феминности у пациентов с АГ представлены в таблице 3.1.

**Таблица 3.1. - Гендерный тип 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	-1,05±0,16	-0,52±0,16	<b>&lt;0,05</b>
Маскулинный (IS меньше -1)	-1,45±0,04	-1,36±0,04	<b>&lt;0,0001</b>
(абс/%)	26 (32,5)	28 (35,0)	>0,05
Высокомаскулинный (IS меньше -2,025)	-2,23±0,019	-2,22±0,027	>0,05
(абс/%)	31 (38,8)	14 (17,5)	<b>&lt;0,01</b>
Всего (маскул.+высокомаскул.), абс/%:	57 (71,3)	42 (52,5)	<b>&lt;0,05</b>
Фемининный (IS больше +1)	1,59±0,1	1,46±0,136	>0,05
(абс/%)	11 (13,8)	11 (13,8)	>0,05
Высокофемининный (IS больше +2,025)	2,08±0,012	2,15±0,05	>0,05
(абс/%)	2 (2,5)	5 (6,2)	>0,05
Всего (фемин.+высокофемин.), абс/%:	13 (16,3)	16 (20,0)	>0,05
Андрогинный (IS от -1 до +1)	0,12±0,17	0,04±0,12	>0,05
(абс/%)	10 (12,5)	22 (27,5)	<b>&lt;0,05</b>

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

Установлено, что у пациентов РАГ и КАГ имеются значимые различия частоты их приверженности стереотипам маскулинности-феминности по С.Бэм, вне зависимости от фактора биологического пола:

- Андрогинный поло-ролевой стереотип значительно реже наблюдается у пациентов с РАГ, чем с КАГ ( $p < 0,05$ );

- У пациентов с РАГ чаще выявляется маскулинный (маскулинный + высокомаскулинный) стереотип (71,25%), что значимо ( $<0,05$ ) при сравнении с группой пациентов с КАГ (52,5%;  $p<0,05$ );

- Ярko выраженная маскулинность, т.е. высомаскулинность (основной индекс меньше -2,025) наблюдается у 38,8% пациентов с РАГ, тогда как частота данного типа при КАГ небольшая (17,5%;  $p<0,01$ );

- Фемининный и высокофемининный стереотип несколько чаще наблюдается у пациентов с КАГ (как у женщин, так и у мужчин), однако это учащение между группами не значимо ( $p>0,05$ ).

Следует отметить, что маскулинный, в том числе и высокомаскулинный, стереотип личности наблюдается у преобладающего большинства пациентов как с РАГ (71,3%), так и с КАГ (52,5%), т.е., скорее всего, этот гендерный стереотип в целом характерен для пациентов с АГ.

В таблице 3.2. представлены половые различия частоты гендерных стереотипов у пациентов с РАГ и КАГ.

**Таблица 3.2.- Половые различия частоты гендерных стереотипов у пациентов с РАГ и КАГ, (n (%))**

Показатели	РАГ			КАГ		
	Муж. (n=34)	Жен. (n=46)	P	Муж. (n=36)	Жен. (n=44)	P
Маскулинный (М)	3 (8,8)	23 (50,0)	<b>&lt;0,001</b>	10 (27,8)	18 (40,9)	>0,05
Высокомаскулинный (ВМ)	25 (73,5)	6 (13,0)	<b>&lt;0,001</b>	12 (33,3)	2 (4,5)	<b>&lt;0,001</b>
Всего (М+ВМ)	28 (82,4)	29 (63,0)	<b>&lt;0,05</b>	22 (61,1)	20 (45,5)	>0,05
Фемининный (Ф)	3 (8,8)	8 (17,4)	>0,05	3 (8,3)	8 (18,2)	>0,05
Высокофемининный (ВФ)	0	2 (4,4)	>0,05	1 (2,8)	4 (9,1)	>0,05
Всего (Ф+ВФ)	3 (8,8)	10 (21,7)	>0,05	4 (11,1)	12 (27,3)	>0,05
Андрогинный	3 (8,8)	7 (15,2)	>0,05	10 (27,8)	12 (27,3)	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между полами (по критерию  $\chi^2$ ).

Хотя сдвиги частоты гендерных стереотипов у пациентов разного пола на фоне АГ одно направлены, но при изучении этих показателей при РАГ и КАГ (внутри групп) можно выделить следующие особенности:

1) маскулинный тип личности у женщин с РАГ выявляется часто (50%), что значимо при сравнении с подгруппой мужчин с РАГ ( $p < 0,001$ );

2) учащение маскулинного и высокомаскулинного стереотипов личности у мужчин с РАГ значимо при сравнении с таковыми в подгруппе женщин (82,3 и 63%, соответственно у мужчин и женщин;  $p < 0,001$ );

3) учащение высокомаскулинного типа личности у мужчин с РАГ в 2,2 раза превосходит частоту этих типов личности у мужчин с КАГ (73,5 и 33,3% с РАГ и КАГ, соответственно), хотя частота высокомаскулинного типа личности у мужчин с КАГ превышает значимо таковые подгруппы женщин этой группы (33,3 и 4,5% у мужчин и женщин с КАГ, соответственно;  $p < 0,001$ );

4) фемининный стереотип у мужчин отмечался редко (как с РАГ, так и с КАГ), а высокофемининный тип у мужчин с РАГ не выявлен; различия частоты этих типов личности у женщин с РАГ (21,7%) и КАГ (27,3%) были не значимы ( $p > 0,05$ ).

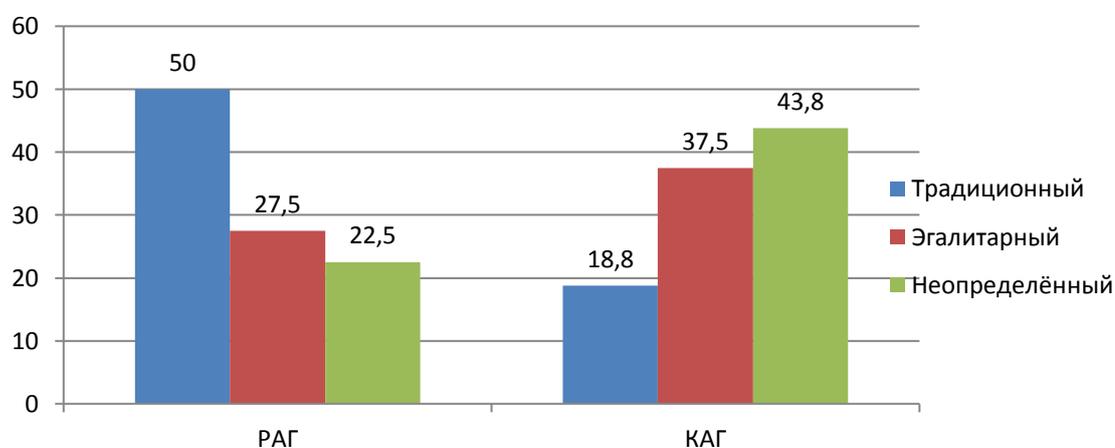
С вышеописанной частотой гендерных типов личности соответствуют данные, полученные при анализе половых различий основного индекса - IS. Средние значения IS у мужчин с РАГ были значительно выше, не только при сравнении с женщинами этой группы, но и с мужчинами с КАГ.

Средние значения IS у женщин обеих групп были в зоне андрогинии (от +1 до -1), однако при РАГ – ближе к маскулинности ( $-0,58 \pm 0,22$ ), а при КАГ – ближе к фемининности ( $-0,119 \pm 0,22$ ). В целом, средние отрицательные значения IS у пациентов РАГ ( $-1,05 \pm 0,16$ ) превышала таковые с КАГ ( $-0,52 \pm 0,16$ ) более чем в 2 раза ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, вне зависимости от фактора биологического пола маскулинный и высокомаскулинные гендерные стереотипы, являются характерными для пациентов с АГ (как с РАГ, так и с КАГ). Однако высокая частота высокомаскулинного стереотипа у мужчин с РАГ, значимая не только

при сравнении с женщинами этой группы, но и мужчинами группы КАГ, позволяет выделить высокомаскулинный стереотип личности у мужчин с АГ как предиктор развития резистентности к АГТ. Большую частоту маскулинного гендерного типа личности у женщин с АГ следует рассматривать как возможный фактор риска развития резистентности к АГТ, однако отсутствие значимых различий с женщинами группы КАГ, требует дальнейшего анализа полученных клинических результатов.

*Стереотипы семейных установок у пациентов с РАГ и КАГ.* При сравнительном изучении типов семейных установок установлено (рисунок 3.1), что традиционный тип семейных установок чаще наблюдается у пациентов с РАГ (50%), чем с КАГ (18,8%) и это учащение значимое ( $p < 0,01$ ).



**Рисунок 3.1.-Частота типов семейных установок у пациентов с РАГ и КАГ (%).**

У пациентов с КАГ чаще определялся неопределённый(промежуточный, нетрадиционный) тип семейных установок (43,8%), значимое ( $p < 0,05$ ) при сравнении с группой РАГ (27,5%); эгалитарный тип семейных установок у пациентов с КАГ отмечается несколько чаще, чем при РАГ (37,5%;  $p > 0,05$ ).

При изучении внутригрупповых половых различий частоты типов семьи установлены значимые половые различия у пациентов с РАГ: большая частота традиционного уклада семьи у мужчин (76,5 и 30,4%;  $p < 0,001$ ), а у женщин -

эгалитарного (11,8 и 39,1%;  $p < 0,01$ ) и неопределённого типов (11,8 и 30,4%, соответственно у мужчин и женщин;  $p < 0,05$ ).

У мужчин с КАГ имеет место тенденция к учащению традиционного уклада семьи (9/25% и 6/13,6%, соответственно у мужчин и женщин;  $p > 0,05$ ), эгалитарного типа у женщин (12/33,3% и 18/40,9% соответственно у мужчин и женщин;  $p > 0,05$ ) и сопоставимая частота неопределённого (15/41,7 и 20/45,5 соответственно у мужчин и женщин;  $p > 0,05$ ) типа семьи (таблица 3.4.).

**Таблица 3.3.- Частота и половые различия типов семейных установок у больных с РАГ и КАГ, (n (%))**

Стереотип семьи:	РАГ			КАГ		
	Муж. (n=34)	Жен. (n=46)	Р	Муж. (n=36)	Жен. (n=44)	Р
Традиционный	26 (76,5)	14 (30,4)	<b>&lt;0,001</b>	9 (25,0)	6 (13,6)	>0,05
	40 (50,0)			15 (18,8)		
Эгалитарный	4 (11,8)	18 (39,1)	<b>&lt;0,01</b>	12 (33,3)	18 (40,9)	>0,05
	22 (27,5)			30 (37,5)		
Неопределённый (промежуточный)	4 (11,8)	14 (30,4)	<b>&lt;0,05</b>	15 (41,7)	20 (45,5)	>0,05
	18 (22,5)			35 (43,8)		

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между полами (по критерию  $\chi^2$ ).

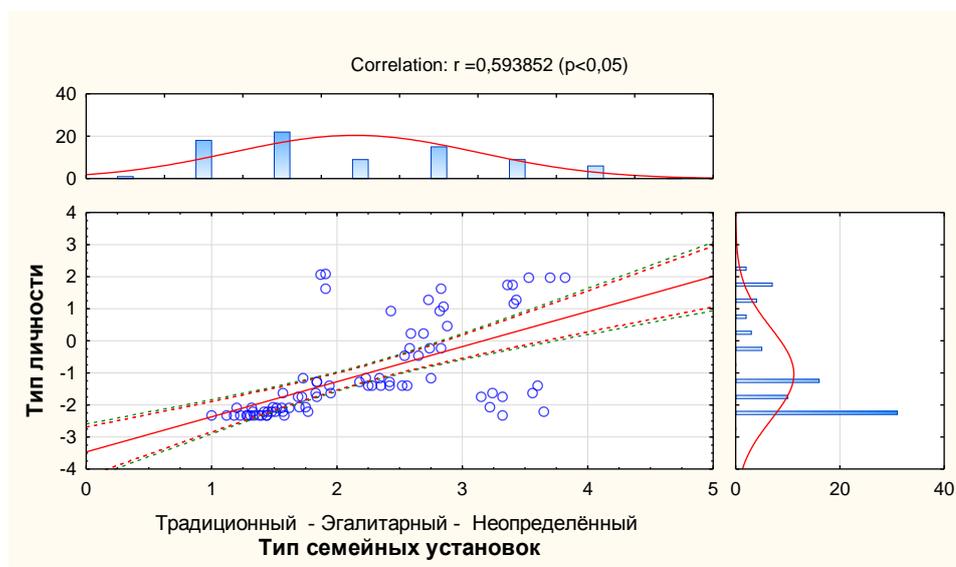
Необходимо отметить, что показатель семейного стереотипа условно обозначен нами как семейный показатель – СП. Если по аналогии с основным индексом маскулинности/фемининности (IS) анализировать показатель семейного стереотипа, который выражается в абсолютных значениях (от 1 до 2 – традиционный, от 2 до 3 – эгалитарный, от 3 до 4 – неопределённый или промежуточный стереотипы семейных установок), то его значения у мужчин с РАГ значительно ниже, чем у женщин ( $p < 0,001$ ), т.е. находятся в области традиционной семейной установки, хотя в целом по группе, его значения

соответствуют наиболее низким эгалитарным семейным установкам ( $2,22 \pm 0,1$ ).

У пациентов с КАГ половые различия СП не значимы и в целом по группе значимо выше, чем у пациентов с РАГ ( $p < 0,001$ ), т.е. находятся в области эгалитарной семейной установки ( $2,65 \pm 0,08$ ).

Таким образом, в целом, традиционный тип семейных установок у пациентов с недостаточной эффективностью АГТ (при РАГ) выявляется чаще, а эгалитарный и неопределённый – реже, чем у пациентов с КАГ. Традиционный тип семейной установки у мужчин с РАГ наблюдается 2,5 раза чаще, чем у женщин этой группы.

*Взаимосвязь гендерного стереотипа личности и семейной установки (стереотипов семьи) у пациентов с артериальной гипертонией.* Изучение взаимосвязи между гендерным стереотипом маскулинности/фемининности и стереотипом семейных ролей (установок), связанных с гендером у пациентов АГ представляет особый интерес, так как семья, рассматривается как форма гендерных межличностных взаимоотношений (рисунок 3.2).



**Рисунок 3.2.- Взаимосвязь между гендерным стереотипом личности (IS) и типом семейной установки у пациентов с РАГ.**

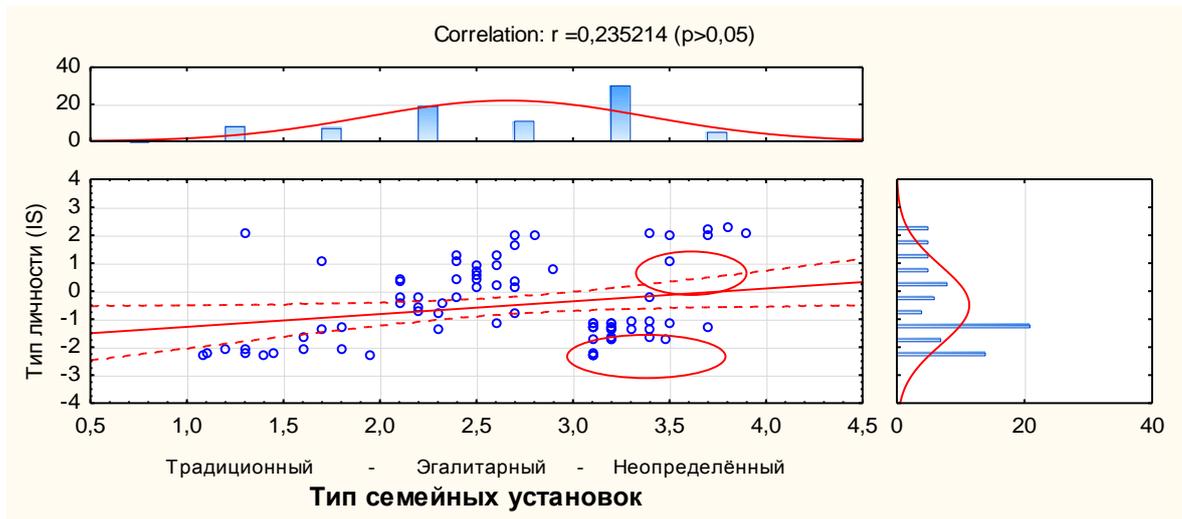
На фоне РАГ установлена односторонняя взаимосвязь IS и СП ( $r=0,593852$ ;  $p<0,05$ ), т.е. при низких значениях IS учащается традиционная СУ, для которой характерны низкие значения СП.

Подгруппа с эгалитарной семейной установкой, главным образом, состоит из пациентов с низкомаскулиным (50%) и андрогинным типом личности (40,9%); в этой подгруппе высокофемининный и высокомаскулиный типы личности не отмечены и IS был равен  $-0,4739\pm 0,204$ .

При неопределённой семейной установке основной индекс был ближе к нулю ( $-0,238\pm 0,413$ ) и эта подгруппа состояла из пациентов, как с фемининным (44,4%), так и маскулиным типом личности, которые составили 50% (33,3% - маскулиным и 16,7% - с высокомаскулиным); с андрогинным типом личности был только 1 (5,5%) пациент.

Что касается подгруппы с традиционной семейной установкой (40 пациентов), то основную часть (37 пациентов; 92,5%) составляли пациенты с маскулиным (22,5%) и высокомаскулиным (70%) типом личности и IS находился ( $-1,764\pm 0,175$ ) в области маскулиных значений. В этой подгруппе пациентов с фемининным и высокофемининным типом личности было 3 (7,5%), а с андрогинным типом личности не было. У пациентов с маскулиным и высокомаскулиным типом личности, чаще всего, наблюдалась традиционная семейная установка; такое сочетание 2,5 раза чаще отмечалось у мужчин.

Такая направленность взаимосвязи между гендерным типом личности и типом семейных установок наблюдается и у пациентов с КАГ. На фоне повышения значений IS учащается эгалитарный (на фоне андрогинии) и неопределённый типы (на фоне фемининных стереотипов) семейной установки ( $r=0,235214$ ;  $p>0,05$ ), для которых характерны более высокие значения СП. Однако следует отметить, что при неопределённой семейной установке пациентов КАГ выделялись 2 зоны (рисунок 3.3.): с высокими СП (высокофемининные) и низкими СП (маскулиные и высокомаскулиные).



**Рисунок 3.3.-Взаимосвязь между гендерным стереотипом личности (IS) и типом семейной установки у пациентов с КАГ.**

Традиционная семейная установка выявлялась у пациентов с КАГ гораздо реже: на фоне маскулинного и высокомаскулинного типа личности у 9,1% женщин и 25% мужчин. Эгалитарная семейная установка чаще определялась у пациентов с андрогинным стереотипом личности и не была отмечена у высокофемининных и высокомаскулинных пациентов.

Таким образом, у пациентов среднего возраста с АГ установлена односторонняя взаимосвязь между IS и типом семейной установки (умеренная при РАГ и слабая при КАГ), т. е. снижение значений IS, сопровождается учащением, главным образом, традиционной семейной установки. Отмечено учащение неопределённого типа семьи при КАГ, главным образом, у высокомаскулинных (и маскулинных) и высокофемининных пациентов, т. е. при стереотипах личности, на фоне которых у пациентов с РАГ наблюдается традиционный тип семьи.

### **3.2. Взаимосвязь стереотипов маскулинности/фемининности с факторами риска и и субклиническими ПОМ**

У пациентов с РАГ и КАГ изучены гендерные особенности частоты и выраженности факторов, влияющих на прогноз: уровни АД и ряд

модифицируемых и немодифицируемых факторов риска, влияющих на прогноз АГ; липидный профиль и частота поражений органов мишеней.

*Уровни АД и его суточный профиль.* Суточный профиль АД у пациентов среднего возраста с РАГ (I гр.) и КАГ (II гр.) представлен в таблице 3.5.

**Таблица 3.4.-Суточный профиль АД у пациентов с РАГ (I группа) и КАГ (II группа)**

Показатели	I группа (РАГ, n=80)		II группа (КАГ, n=80)		P
САД (мм.рт.ст., M±m)	147,1±0,85		129,5±0,87		<0,001
ДАД (мм.рт.ст., M±m)	95,0±0,38		82,7±0,38		<0,001
Суточный профиль АД (n (%))					
Пол	Муж. (n=34)	Жен. (n=46)	Муж. (n=36)	Жен. (n=44)	
Оптимальный «dippers»	3 (8,8)	3 (6,5)	23(63,9)*	31 (70,4)*	
Всего	6 (7,5)		54 (67,5)		<0,001
Недостаточное ночное снижение САД «non-dippers»	23 (67,6)	33 (71,7)	9 (25,0)*	10 (22,7)*	
Всего	56 (70,0)		19 (23,7)		<0,001
Устойчивое ночное повышение АД «night-peakers»	7 (20,6)	7 (15,2)	0	1 (2,3)*	
Всего	14 (17,5)		1 (1,3)		<0,001
Чрезмерное ночное снижение САД «over-dippers»	1 (2,9)	3 (6,5)	2 (5,6)	4 (9,1)	
Всего	4 (5,0)		6 (7,5)		>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между IиII группами; \* - статистическая значимость различия показателей между пациентами одного пола с РАГ и КАГ(для абсолютных значений по U-критерию Манна-Уитни, для относительных величин по критерию  $\chi^2$ ).

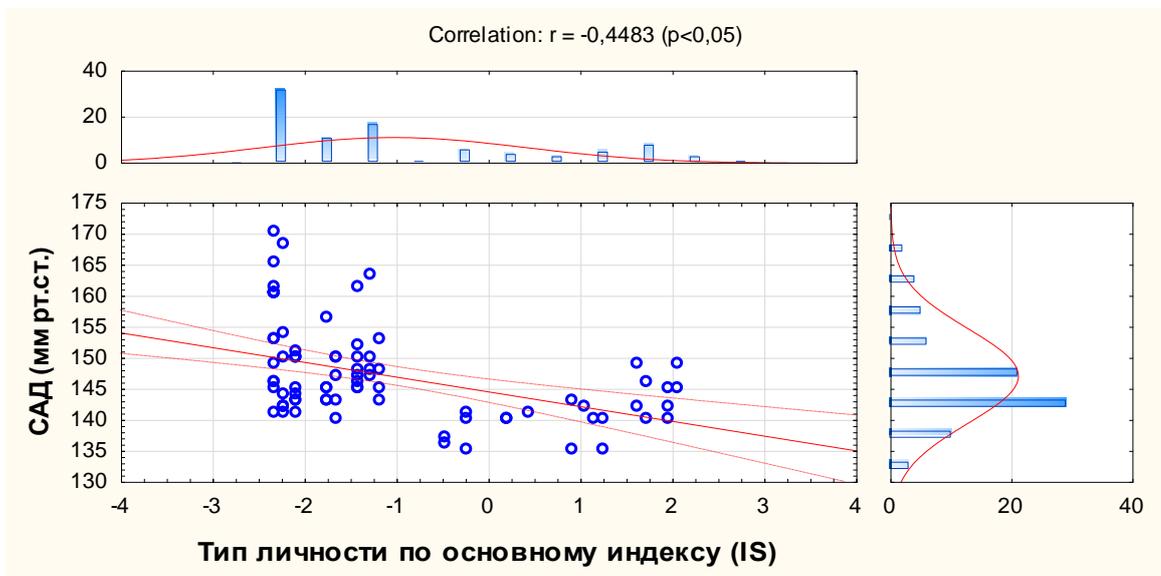
Внутригрупповые половые различия уровней САД и ДАД и профиля АД, как у пациентов с РАГ, так и с КАГ были незначимы (p>0,05). Чрезмерное

ночное снижение САД - «over-dippers» наблюдалось редко (от 2,9% до 9,1%), с примерно одинаковой частотой при РАГ и КАГ ( $p>0,05$ ).

Таким образом, на фоне резистентности к АГП, уровни САД и ДАД достоверно выше таковых при КАГ и сопровождаются учащением нарушения variability суточного ритма АД по типу ННС САД, однако половые различия внутри групп не значимы.

При разном гендерном типе личности пациентов с резистентной АГ изучена частота недостаточного ночного снижения (ННС) САД, как наиболее частого (70%) типа суточного профиля АД при РАГ. При этом отмечено, что ННС САД наблюдалось у 56 пациентов с РАГ. Из этого количества 83,9% (47 чел.) были с маскулинным типом личности, 10,7% с фемининным (6 чел.) и 5,4% (3 чел.) с андрогинным типом.

При изучении взаимосвязи САД и IS у пациентов среднего возраста с РАГ (рисунок 3.4.) установлено учащение низких значений САД при IS от -1 до +1 (у андрогинов;  $138,8 \pm 0,9$  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 ( $p<0,001$ ).



**Рисунок 3.4. -Взаимосвязь между IS и систолическим АД у пациентов с РАГ.**

В подгруппе пациентов с маскулинным и высокомаскулинным типом личности на фоне РАГ взаимосвязь IS и САД - отрицательная и умеренная у мужчин ( $r=-0,334$ ;  $p<0,05$ ), так и у женщин ( $r=-0,471$ ;  $p<0,05$ ); в этой подгруппе (M+BM)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 ( $r= 0,5165$ ;  $p<0,05$ ).

Более тесная отрицательная взаимосвязь ( $r= - 0,5594$ ;  $p<0,05$ ) установлена и между IS и ДАД. Наиболее низкие значения ДАД находятся в области IS от-1 до +1 ( $91,0\pm 0,5$  мм.рт.ст.) и по мере сдвига в сторону повышения (фемининность) или снижения (маскулинность) ДАД имеет более высокие значения ( $92,2\pm 0,8$  и  $96,3\pm 0,3$  – соответственно при фемининном и маскулинном типе).

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 была слабой; коэффициент корреляции ( $r$ ) между IS и САД была равна  $-0,26985$ , а с ДАД – минус  $0,2451$ . В подгруппе высокомаскулинных пациентов с КАГ отмечена заметная, но слабая, отрицательная взаимосвязь IS с САД ( $r= - 0,17556$ ) и ДАД ( $r= - 0,17136$ ). При фемининном и высокофемининном типе взаимосвязь между IS и САД умеренная прямая ( $r=0,4696$ ;  $p<0,05$ ); при андрогинном типе слабая (близкая к умеренной), отрицательная ( $r=-0,29544$ ;  $p<0,05$ ).

Таким образом, у пациентов среднего возраста с РАГ при андрогинном типе личности САД и ДАД значимо ниже, чем при других гендерных стереотипах личности. Наиболее высокие значения САД и ДАД наблюдаются при маскулинном типе личности; взаимосвязь IS с САД и ДАД умеренная,

отрицательная. При фемининном и высокофемининном типе взаимосвязь между IS и САД умеренная прямая ( $r=0,4696$ ;  $p<0,05$ ).

*Факторы риска и гендерные стереотипы личности.* Установлена большая частота рассматриваемых факторов у пациентов с РАГ ( $p<0,05$ ). Частота курения табака ( $p<0,01$ ), СОАС ( $p<0,05$ ) и пессимистической самооценки перспектив здоровья ( $p<0,01$ ) значимо преобладает у мужчин с РАГ; тенденция к учащению избыточного потребления NaCl, алкоголя и частых стрессовых ситуаций у мужчин с РАГ было не значимым.

У женщин с РАГ значимо преобладала частота длительности АГ более 5 лет ( $p<0,05$ ), стрессовых ситуаций ( $p<0,05$ ), пессимистической самооценки перспектив здоровья ( $p<0,01$ ) и побочных эффектов АГП ( $p<0,05$ ) при сравнении с таковыми у женщин с КАГ; тенденция к учащению частоты увеличения массы тела за последние 5 лет, избыточного потребления NaCl, низкой физической активности и СОАС была не значимой ( $p>0,05$ ).

Внутригрупповые половые различия заключались в значимом увеличении массы тела за последние 5 лет у женщин с РАГ, а курения сигарет и чрезмерного употребления алкоголя – у мужчин ( $p<0,01$ ); учащение побочных эффектов АГП и увеличения массы тела за последние 5 лет у женщин (30,4%) было не значимым ( $p>0,05$ ).

Установлены следующие различия частоты факторов риска у пациентов с РАГ и КАГ в зависимости от гендерного стереотипа (таблица. 3.6):

1) У пациентов с РАГ при маскулинном и высокомаскулинном (вместе) стереотипе личности значимо чаще, чем при КАГ, отмечались избыточное употребление NaCl ( $p<0,01$ ), курение табака более 5 лет ( $p<0,02$ ), СОАС ( $p<0,01$ ) и побочные эффекты АГП ( $p<0,01$ ).

2) По коэффициенту ранговой корреляции взаимосвязь этих факторов с IS при маскулинном и высокомаскулинном типе личности была отрицательной и близка к сильной только по следующим факторам: курением сигарет ( $r=-0,60057$ ), чрезмерным употреблением алкоголя ( $r=-0,64868$ ) и СОАС ( $r=-0,51678$ ).

**Таблица 3.5.-Гендерный стереотип и частота факторов риска, влияющих на прогноз, у пациентов с РАГ и КАГ (абс (%))**

Показатели (абс/%)	Гендерный тип личности пациентов						
	Р	М+ВМ		Ф+ВФ		А	
		РАГ (n=57)	КАГ (n=42)	РАГ (n=13)	КАГ (n=16)	РАГ (n=10)	КАГ (n=22)
Семейный анамнез ранних ССЗ		32/56,1	22/52,4	4/30,8	5/31,3	0	3/13,6
	p	>0,05		>0,05		>0,05	
Длительность АГ более 5 лет		35/61,4	22/52,4	3/23,1	3/18,8	2/20,0	1/4,5
	p	>0,05		>0,05		>0,05	
Увеличение МТ за последние 5 лет		36/63,2	24/57,1	5/38,5	5/31,3	6/60,0	6/27,3
	p	>0,05		>0,05		>0,05	
Избыточное употребление NaCl		<b>43/75,4</b>	20/47,6	3/23,1	9/56,3	0	6/27,3
	p	<b>&lt;0,01</b>		>0,05		<b>&lt;0,01</b>	
Курение табака более 5 лет		<b>21/36,8</b>	7/16,7	0	0	0	1/4,5
	p	<b>&lt;0,02</b>		-		>0,05	
Чрезмерное употребление алкоголя		22/38,6	10/23,8	0	3/18,8	0	1/4,5
	p	>0,05		>0,05		>0,05	
Низкая физическая активность		25/43,9	15/35,7	4/30,8	2/12,5	4/40,0	3/13,6
	p	>0,05		>0,05		>0,05	
Частые стрессовые ситуации		42/73,7	24/57,1	<b>8/61,3</b>	4/25,0	4/40,0	9/40,9
	p	>0,05		<b>&lt;0,05</b>		>0,05	
СОАС		<b>27/47,4</b>	11/26,2	0	2/12,5	0	1/4,5
	p	<b>&lt;0,01</b>		>0,05		>0,05	
Пессимистическая самооценка здоровья		36/63,2	23/54,8	<b>12/92,3</b>	3/18,8	<b>6/60,0</b>	4/18,2
	p	>0,05		<b>&lt;0,001</b>		<b>&lt;0,001</b>	
Побочные эффекты АГП		<b>16/28,1</b>	1/2,4	2/15,4	3/18,8	2/20,0	4/18,2
	p	<b>&lt;0,01</b>		>0,05		>0,05	

Примечание: М+ВМ – группа с маскулинным и высокомаскулинным стереотипом личности, Ф+ВФ – с фемининным и высокофемининным типом, А – с андрогинным типом; p- достоверность различия между группами РАГ и КАГ; p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию  $\chi^2$ ).

3) На фоне фемининного и высокофемининного стереотипа у пациентов с РАГ значимо чаще наблюдалась пессимистическая самооценка перспектив здоровья ( $p < 0,001$ ), однако с IS коррелировало (прямая, умеренная взаимосвязь;  $p < 0,05$ ) с учащением длительности АГ более 5 лет ( $r = 0,372257$ ), увеличением массы тела за последние 5 лет ( $r = 0,343245$ ) и низкой физической активностью ( $r = 0,32261$ ).

4) 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 ( $r = 0,354218$ ;  $p < 0,05$ ).

В целом, при изучении взаимосвязи между IS и факторами риска установлено, что на фоне низких значений IS ряд факторов риска наблюдаются чаще у пациентов с РАГ, в связи с чем, 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 ( $r = -0,52661$ ).

Следует отметить отсутствие заметного учащения семейного анамнеза ранних ССЗ, курения сигарет, избыточного употребления алкоголя и поваренной соли в группе пациентов с андрогинной установкой личности.

*Липидный профиль и частота поражений органов мишеней: взаимосвязь с гендерными стереотипами маскулинности / фемининности.* Отмечено, что на фоне маскулинных (и ВМ) стереотипов повышение содержания общего холестерина ( $5,48 \pm 0,06$ ) и триглицеридов ( $1,88 \pm 0,025$ ), наряду с низкими значениями ЛПВП ( $1,06 \pm 0,02$ ) у пациентов с РАГ значимы, чем таковые у пациентов КАГ ( $4,76 \pm 0,05$ ;  $1,69 \pm 0,038$ ;  $1,18 \pm 0,03$  - соответственно ОХС, триглицериды и ЛПВП;  $p < 0,01$ ).

Кроме того, при РАГ повышение общего холестерина ( $p < 0,01$ ), триглицеридов и снижение ЛПВП ( $p < 0,05$ ), значимо при сравнении с

подгруппами пациентов с фемининным и андрогинным стереотипом (таблица 3.7.).

**Таблица 3.6.-Показатели липидного спектра при разном гендерном стереотипе личности у пациентов среднего возраста с РАГ и КАГ (M±m).**

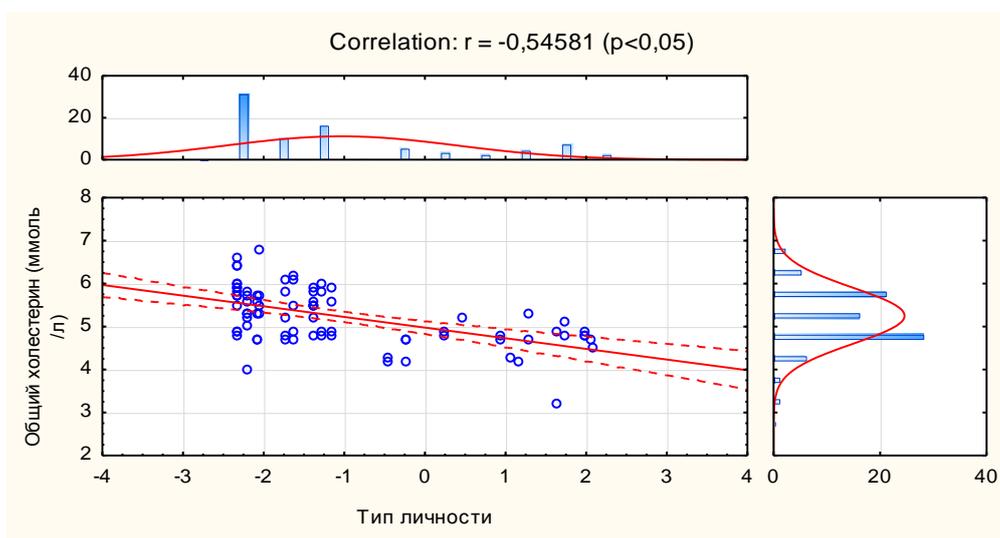
Показатели	Группы пациентов	Гендерный тип личности пациентов		
		М+ВМ	Ф+ВФ	А
ОХС, моль/л	РАГ	5,48±0,06	4,63±0,14	4,65±0,1
	КАГ	4,76±0,05*	4,69±0,1	4,6±0,11
Триглицериды, моль/л	РАГ	1,88±0,025	1,9±0,06	1,9±0,05
	КАГ	1,69±0,038*	1,6±0,08*	1,65±0,06*
ЛПВП, моль/л	РАГ	1,0±0,02	1,2±0,06	1,18±0,06
	КАГ	1,18±0,03*	1,3±0,07*	1,39±0,03*

Примечание: \* – статистическая значимость различия показателей между группами пациентов с РАГ и КАГ (поU-критерию Манна-Уитни).

Установлено, что при РАГ из 44 пациентов с гиперхолестеринемией у 2 (4,6%) имело место андрогинный, у 3 (6,8%) - фемининный и высокофемининный и у 39 (88,6%) – маскулинный и высокомаскулинный типы личности.

Взаимосвязь IS с ОХС при андрогинном стереотипе прямая, близка с сильной ( $r=0,640845$ ) и в этой подгруппе гиперхолестеринемия не наблюдалась.

На фоне снижения значений IS при РАГ определялись более высокие уровни общего холестерина (рисунок 3.5.) и взаимосвязь с общим холестерином умеренная, отрицательная ( $r= - 0,54581$ ;  $p<0,05$ ).



**Рисунок 3.5. -Взаимосвязь между содержанием общего холестерина и IS у пациентов с РАГ.**

На фоне КАГ из 23 пациентов с гиперхолестеринемией андрогинный тип определён у 3 (13%), фемининный и высокофемининный – у 4 (17,4%), а у 16 (69,6%) – маскулинные стереотипы. Взаимосвязь содержания общего холестерина с IS была слабая, отрицательная, хотя на фоне снижения значений IS определялись более высокие уровни общего холестерина ( $r = -0,1269$ ;  $p > 0,05$ ).

Таким образом, установлено, что снижение IS до зон маскулинности и высокомаскулинности, часто сопровождается учащением ряда факторов риска, ускоряющего процесс поражения органов мишеней. Однако, несмотря на общность ряда этиопатогенетических факторов, выступающих как предикторы РАГ, при разном гендерном стереотипе личности имеет место особенности их сочетания: при VM и M типе – значимое учащение избыточного употребления поваренной соли, курения, СОАС, гиперхолестеринемии и снижения ЛПВП. У пациентов с ВФ и Ф стереотипом личности резистентность к АГТ отмечена при учащении стрессовых ситуаций, пессимистической самооценки состояния здоровья и гипертриглицеридемии; при андрогинном – на фоне увеличения массы тела за последние 5 лет, гипертриглицеридемии и снижении ЛПВП.

*Субклинические поражения сердца и сосудов.* Данные о сравнительном изучении структурно-функциональных сдвигов сердца и сосудов у пациентов с РАГ представлены в таблице 3.8.

**Таблица 3.7.-Внутригрупповые половые различия показателей ( $M \pm m$ ) структурно-функционального состояния сердца и сосудов у пациентов с РАГ (1 гр.) и КАГ (2 гр.).**

Показатели	РАГ (1 гр.)			КАГ (2 гр.)		
	Муж. (n=34)	Жен. (n=46)	P	Муж. (n=36)	Жен. (n=44)	P
ИММЛЖ (г/м <sup>2</sup> )	139,8±2,1	124,7±2,7	<b>&lt;0,001</b>	125,9±2,2	117,9±2,1	<b>&lt;0,01</b>
По группе:	131,1±1,8			121,5±1,6		<b>p<sub>1-2</sub>&lt;0,01</b>
ФВ (%)	57,6±0,67	55,2±0,64	>0,05	58,7±0,56	57,5±0,5	>0,05
По группе:	56,2±0,45			58,0±0,4		<b>p<sub>1-2</sub>&gt;0,05</b>
Отношение Е/А	0,99±0,045	1,05±0,04	<b>&lt;0,05</b>	1,09±0,03	1,1±0,03	>0,05
По группе:	1,03±0,028			1,097±0,029		<b>p<sub>1-2</sub>&lt;0,05</b>
ТИМ,мм	1,17±0,07	1,10±0,04	>0,05	1,03±0,03	1,01±0,02	>0,05
По группе:	1,127±0,025			1,027±0,02		<b>p<sub>1-2</sub>&lt;0,05*</b>

Примечание: p<sub>1-2</sub> – статистическая значимость различия показателей между группами, p – внутригрупповые половые различия (\* - по U-критерию Манна-Уитни).

ФВ ЛЖ при РАГ - ниже, чем у пациентов с КАГ (p>0,05). Как и следовало ожидать, ИММЛЖ у мужчин был значимо выше (p<0,01), чем у женщин, хотя частота ГЛЖ была сопоставимой.

Используя количественные характеристики структурно - функционального состояния ЛЖ и сосудов, данные ЭКГ и клинического

исследования оценена частота субклинического ПОМ: ГЛЖ, ДДЛЖ, ТИМ, НПЦВН.

У пациентов с РАГ отмечено учащение ГЛЖ (61,3% и 42,5%;  $p < 0,05$ ), увеличение ТИМ (60% и 42,5%;  $p < 0,05$ ), ДДЛЖ (43,8% и 28,8%;  $p < 0,05$ ) и учащение НПЦВН (31,3% и 17,5% соответственно при РАГ и КАГ;  $p < 0,05$ ), - при сравнении с таковыми у пациентов с КАГ (таблица 3.9).

**Таблица 3.8.-Внутригрупповые половые различия частоты субклинических поражений органов-мишеней в группах пациентов с РАГ и КАГ (n (%))**

Показатели	РАГ (1 гр.)			КАГ (2 гр.)		
	Муж. (n=34)	Жен. (n=46)	Р	Муж. (n=36)	Жен. (n=44)	Достоверность
ГЛЖ	23 (67,6)	26 (56,5)	$>0,05$	17 (47,2)	17 (38,6)	$p > 0,05$
Всего	49 (61,3)			34 (42,5)		$p_{1-2} < 0,05$
ТИМ более 0,9 мм	22 (64,7)	26 (56,5)	$>0,05$	16 (44,4)	18 (40,9)	$p > 0,05$
Всего	48 (60,0)			34 (42,5)		$p_{1-2} < 0,05$
ДДЛЖ	18 (52,9)	17 (37,0)	$>0,05$	11 (30,6)	12 (27,3)	$p > 0,05$
Всего	35 (43,8)			23 (28,8)		$p_{1-2} < 0,05$
НПЦВН	14 (41,2)	11 (23,9)	$>0,05$	8 (22,2)	6 (13,6)	$p > 0,05$
Всего	25 (31,3)			14 (17,5)		$p < 0,05$

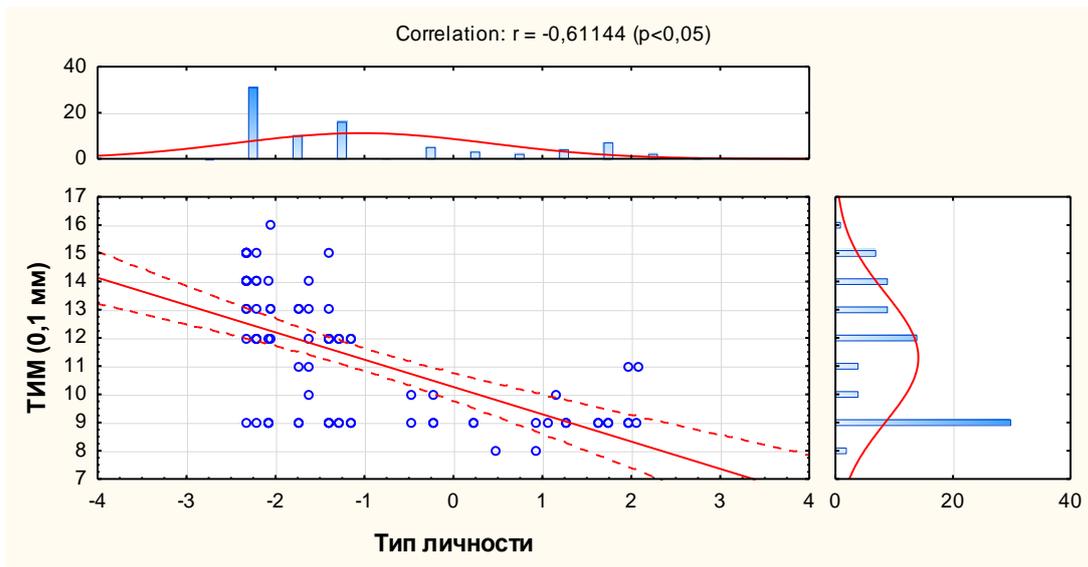
Примечание:  $p_{1-2}$  – статистическая значимость различия показателей между группами,  $p$  – половые внутригрупповые различия (по критерию  $\chi^2$ ).

Анализ внутригрупповых половых различий частоты субклинических ПОМ показал заметное учащение ДДЛЖ и НПЦВН у мужчин с РАГ, не значимое при сравнении с таковыми у женщин ( $p > 0,05$ ). Значимые половые различия частоты изучаемых показателей в группе КАГ также отсутствуют.

Таким образом, частота субклинических поражений органов мишеней при РАГ значительно превышает таковые при КАГ; значимые половые различия отсутствуют, хотя сдвиги несколько чаще наблюдаются у мужчин.

При разном гендерном стереотипе личности установлены различия субклинических поражений сердца и сосудов. На фоне КАГ из 34 пациентов с увеличением ТИМ андрогинный тип был у 4 (11,8%), фемининный и высокофемининный – у 8 (23,5%), а маскулинный и высокомаскулинные типы личности - у 22 (64,7%). Установлено, что взаимосвязь IS и ТИМ - умеренная, отрицательная ( $r = -0,41075$ ;  $p < 0,05$ ); взаимосвязь IS и E/A- умеренная, однонаправленная ( $r = 0,3786$ ;  $p < 0,05$ ).

При РАГ из 48 случаев увеличения ТИМ сонных артерий более 0,9 мм пациенты с маскулинным и высокомаскулинным типами личности составили значительное большинство - 43(89,6%) (рисунок 3.6).

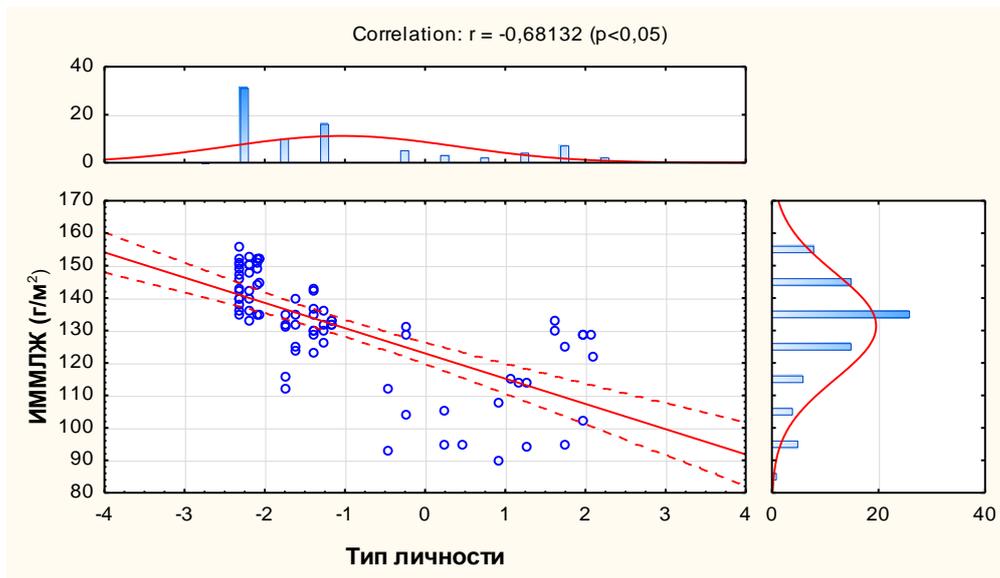


**Рисунок 3.6.-Взаимосвязь между гендерным типом личности (IS) и ТИМ у пациентов с РАГ.**

Этот признак значительно реже отмечен при фемининном 3(6,3%) и андрогинном 2 (4,2%) типе личности. Отрицательная взаимосвязь IS и ТИМ у пациентов с РАГ - значимая и приближается к сильной ( $r = -0,61144$ ;  $p < 0,05$ ).

Взаимосвязь IS и E/A у пациентов с РАГ однонаправленная, но слабая ( $r=0,2499$ ;  $p>0,05$ ). Чаще всего определялась 1 тип ДДЛЖ, с нарушенной релаксацией и реже – псевдонормальный; рестриктивный тип (1 тип ДДЛЖ) не отмечен. На фоне РАГ у пациентов с ДДЛЖ (60 случаев) чаще всего определён маскулинный тип личности (83,%; 50 больных) и значительно реже - фемининный (11,7%; 7 больных) и андрогинный (5%; 3 больных).

Установлено, что при маскулинном и высокомаскулинном типе личности (в среднем  $128,5\pm 1,1$ ) высокие значения ИММЛЖ наблюдаются значимо чаще (рисунок 3.7). В области IS от -1 до +1 (при андрогинном типе) находятся низкие значения ИММЛЖ (в среднем  $106,2\pm 4,6$ ). Взаимосвязь IS и ИММЛЖ у маскулинных (M+BM) пациентов - отрицательная и близка к сильной ( $r= -0,6093$ ;  $p<0,05$ ), а в целом, по группе взаимосвязь IS и ИММЛЖ отрицательная и почти сильная ( $r= -0,6813$ ;  $p<0,05$ ).



**Рисунок 3.7.-Взаимосвязь между IS и ИММЛЖ при РАГ.**

Что касается взаимосвязи между гендерным типом личности (IS) и ФВ у пациентов с РАГ, то снижение ФВ ниже 50% наблюдалась у 3 пациентов при отсутствии клинических проявлений сердечной недостаточности, при которых значения IS соответствовали высокомаскулинному стереотипу; по группе

взаимосвязь между IS и ФВ - однонаправленная, значимая и умеренная ( $r=0,43465$ ;  $p<0,05$ ).

Таким образом, гиперхолестеринемия, увеличение ТИМ и ДДЛЖ чаще наблюдаются у маскулинных пациентов. По мере снижения IS при РАГ повышается содержание общего холестерина ( $r = -0,5458$ ), снижается содержание ЛПВП ( $r=-0,45725$ ), увеличивается ТИМ сонной артерии ( $r = -0,61144$ ) и снижается Е/А ( $r = 0,2499$ ). Высокие значения ИММЛЖ при низких значениях IS на фоне маскулинного и высокомаскулинного типа личности обуславливают отрицательную, близкую к сильной ( $r=-0,6813$ ;  $p<0,05$ ) взаимосвязь IS и ИММЛЖ. Наиболее низкие значения ФВ также отмечены у пациентов с ярко выраженной маскулинностью, т.е. взаимосвязь IS и ФВ однонаправленная и умеренная ( $r= 0,4347$ ;  $p<0,05$ ).

Наиболее оптимальным диапазоном, соответствующим нормальным или субклиническим значениям изученных сдвигов, является IS от -1 до +1, что характерно для андрогинного типа личности.

### **3.3. Взаимосвязь стереотипов семейных ролей (установок) с факторами риска и субклиническими ПОМ**

Полученные результаты свидетельствуют о влиянии стереотипов семейных установок на течение АГ и эффективность АГТ, в связи с чем, изучение их частоты и взаимосвязи с другими факторами риска, влияющими на прогноз, представляет особый интерес. Достигнутые на фоне АГТ уровни АД являются важными прогностическими факторами и результаты их изучения представлены в таблице 3.10.

Установлено, что уровни САД и ДАД, независимо от типа семейных установок, были значимо выше при РАГ ( $p<0,05$ ).

На фоне РАГ уровни САД значимо выше у пациентов с традиционной семейной установкой, чем при промежуточной и эгалитарной семейной установке ( $p<0,05$ ); высокий уровень ДАД значим при сравнении с

эгалитарной группой ( $p < 0,001$ ) и не значим при сравнении с пациентами промежуточной (неопределённой) семейной установкой ( $p > 0,05$ ).

**Таблица 3. 9.-Достигнутые на фоне АГТ уровни АД при разном типе семейных установок у пациентов среднего возраста с АГ ( $M \pm m$ )**

Типы семьи (семейные установки)	Группы пациентов с АГ			
	РАГ		КАГ	
	САД	ДАД	САД	ДАД
Традиционный	149,5±1,3	96,0±0,6	131,3±1,9*	83,4±0,7*
Нетрадиционный	144,7±1,2	94,9±0,7	131,0±1,2*	83,3±0,6*
$P_{1-2}$	<b>&lt;0,01</b>	>0,05	>0,05	>0,05
Эгалитарный	144,9±1,6	93,6±0,6	129,5±1,5*	82,7±0,6*
$P_{1-3}$	<b>&lt;0,05</b>	<b>&lt;0,001</b>	>0,05	>0,05
$P_{2-3}$	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

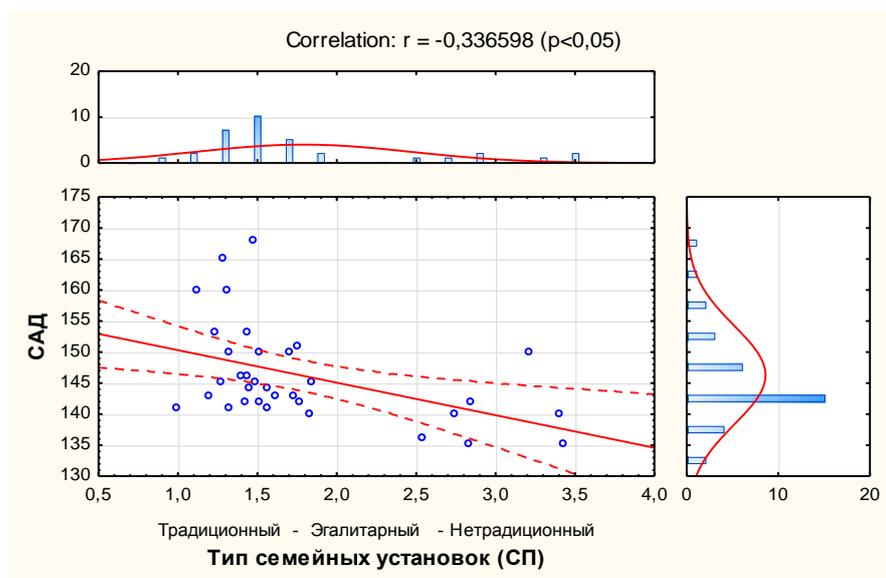
Примечание:  $p$  – достоверность различия показателей при разном типе семьи ; \* - достоверность ( $p < 0,05$ ) различия показателя с таковым у пациентов с РАГ (по U-критерию Манна-Уитни).

При разном типе семьи у пациентов с контролируемой АГ различия уровней АД были не значимы ( $p > 0,05$ ). У пациентов с КАГ установлено минимальная отрицательная незначимая взаимосвязь САД и ДАД с семейным показателем ( $r = -0,01382$  и  $r = -0,00207$ , - соответственно с САД и ДАД).

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 ( $r = -0,28902$ ;  $> 0,05$ ).

При изучении взаимосвязи уровней САД и ДАД с семейным показателем (СП) у пациентов с РАГ выявлена отрицательная умеренная взаимосвязь САД и СП (рисунок 3.8), значимая 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  $r = -0,42568$ ;  $<0,05$ ).



**Рисунок 3.8. -Взаимосвязь между семейным показателем (СП) и САД у мужчин с РАГ.**

Таким образом, при снижении значений СП на фоне традиционной семейной установки (ТСУ) при РАГ, достигнутые уровни САД (у мужчин и женщин) и ДАД (у мужчин) значимо выше, что указывает на недостаточную эффективность АГТ и этот фактор (ТСУ) может быть выделен как предиктор развития недостаточной эффективности АГТ.

*Факторы риска и гендерные стереотипы семейных ролей (установок).*  
При анализе взаимосвязи семейного показателя с факторами риска у пациентов с РАГ с учётом пола отмечено, что у женщин взаимосвязь семейных установок с рядом факторов, влияющих на прогноз или отсутствует (увеличение массы тела за последние 5 лет, низкая физическая активность, побочные эффекты АГП) или эта связь незначимая (семейный анамнез ранних ССЗ, длительность АГ более 5 лет, пессимистическая самооценка состояния здоровья, курение и чрезмерное употребление алкоголя, частые стрессы и СОАС). Тесная

взаимосвязь установлена между СП и досаливанием пищи пациентами ( $r = -0,40616$ ;  $p < 0,05$ ).

У мужчин взаимосвязь семейных установок с этими факторами чаще всего умеренный, значимый и отрицательный (семейный анамнез ранних ССЗ, длительность АГ более 5 лет, досаливание пищи, курение сигарет, чрезмерное употребление алкоголя и СОАС), а в остальных – незначимая.

При изучении частоты факторов риска в зависимости от семейных установок, установлена сопоставимость частоты некоторых из них при всех стереотипах семьи, например: увеличение массы тела за последние 5 лет, учащение низкой физической активности, указаний на частые стрессовые ситуации, пессимистическая самооценка состояния здоровья и учащение побочных эффектов АГП. Ряд факторов чаще наблюдаются у пациентов с традиционной СУ, однако их взаимосвязь не всегда значима с семейным показателем.

При традиционном типе семьи взаимосвязь СП со следующими факторами риска была отрицательной и значимой: с семейным анамнезом ранних ССЗ ( $r = -0,30598$ ), курением табака (сигарет) более 5 лет ( $r = -0,42996$ ), чрезмерным употреблением алкоголя ( $r = -0,46801$ ) и СОАС ( $r = -0,45551$ ;  $< 0,05$ ).

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 ( $r = -0,50219$ ;  $< 0,05$ ).

В отличие от традиционной и эгалитарной СУ, на фоне неопределённой (промежуточной, нетрадиционной) СУ взаимосвязь СП с факторами риска была положительной и значимой с длительностью АГ более 5 лет ( $r = 0,353505$ ;  $< 0,05$ ), увеличением массы тела за 5 лет ( $r = 0,33776$ ;  $< 0,05$ ) и низкой физической активностью ( $r = 0,44079$ ;  $< 0,05$ ).

Это свидетельствует о том, что у пациентов с промежуточной СУ (критерием которой является значения СП от 3 до 4 балла) повышение СП

(ярко выраженная не традиционность семейных установок), недостаточная эффективность АГТ (РАГ) сопровождается увеличением массы тела и низкой физической активностью.

Таким образом, при сопоставимости ряда факторов риска при разном типе СУ, пациенты с традиционным типом более подвержены вредным привычкам, с промежуточной – низкой физической активности и увеличению массы тела, а с эгалитарной - избыточному употреблению NaCl и побочным эффектам АГП.

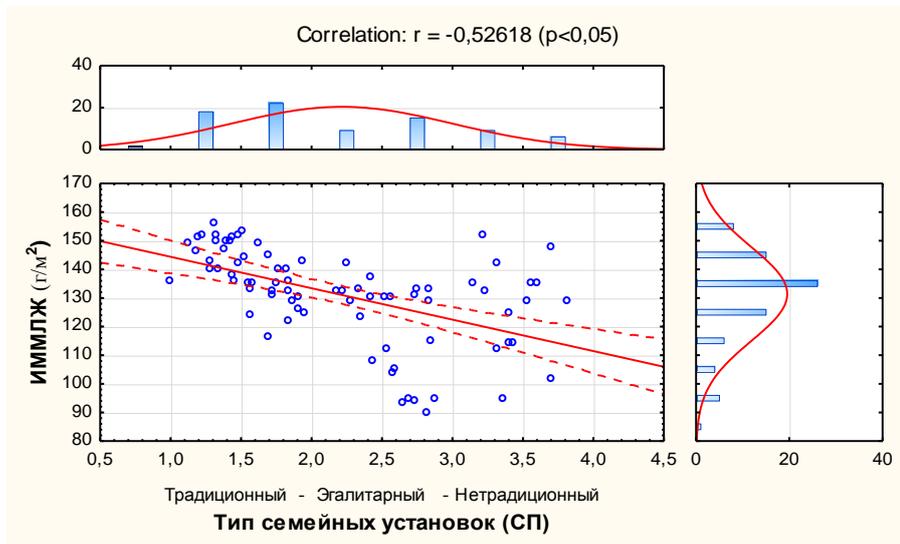
*Липиды и субклинические ПОМ: взаимосвязь со стереотипами семейных установок.* Полученные результаты свидетельствуют, что у пациентов с КАГ отсутствует значимая взаимосвязь семейного показателя с выраженностью факторов риска и ПОМ, кроме односторонней, значимой связи с НПЦВН у мужчин ( $r=0,309237$ ). 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 традиционных семейных установок и достаточной частотой эгалитарных семей (более 37%).

У мужчин с РАГ установлено наличие умеренной отрицательной связи между СП и ОХС ( $r=-0,40428$ ), ИММЛЖ ( $r=-0,68604$ ), ТИМ ( $r=-0,51555$ ) и НПЦВН ( $r=-0,35198$ ;  $p<0,05$ ).

Взаимосвязь значений СП с содержанием ЛПВП у мужчин с РАГ однонаправленная, умеренная ( $r=0,336598$ ;  $<0,05$ ). У женщин с РАГ значимая взаимосвязь между СП и изучаемыми показателями, кроме НПЦВН ( $r=-0,42623$ ;  $<0,05$ ), отсутствовала.

Однако, в связи с тем, что у 30,4% женщин и 11% мужчин (3 раза реже) отмечен промежуточный тип семейных установок с высокими баллами СП (3-4 балла), а при традиционной – низкие (1- 2 балла), то при отдельном рассмотрении подгрупп пациентов РАГ с разной семейной установкой у женщин отмечена более тесная, чем у мужчин взаимосвязь между рассматриваемыми факторами. У женщин на фоне традиционной семейной

установке 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 неопределённой СУ отмечены разнонаправленные значения.



**Рисунок 3.9. -Взаимосвязь между семейным показателем (СП) и ИММЛЖ у пациентов с РАГ.**

В целом по группе РАГ (рисунок 3.9.) 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 традиционного типа семьи, сопровождаются учащением факторов риска и выраженным субклиническим поражением сердца и сосудов (повышением ИММЛЖ, увеличением ТИМ), гиперхолестеринемией и снижением ЛПВП.

## **Глава 4. Взаимосвязь гендерных характеристик с факторами, определяющими течение артериальной гипертонии и эффективность её терапии**

Факторами наиболее тесно связанными с гендерными стереотипами личности и поло-ролевым укладом семьи, несомненно, являются составляющие КЖ (соматическое, психологическое состояние и социальное функционирование), уровень стресса и выраженность тревоги/депрессии, сочетание которых могут определить степень приверженности пациента к лечению и в конечном итоге суммарный кардиоваскулярный риск. Сдвиги этих показателей могут быть информативными при оценке течения АГ и выявлении предикторов недостаточной эффективности антигипертензивной терапии.

### **4.1. Взаимосвязь гендерных стереотипов личности и семейных установок с качеством жизни**

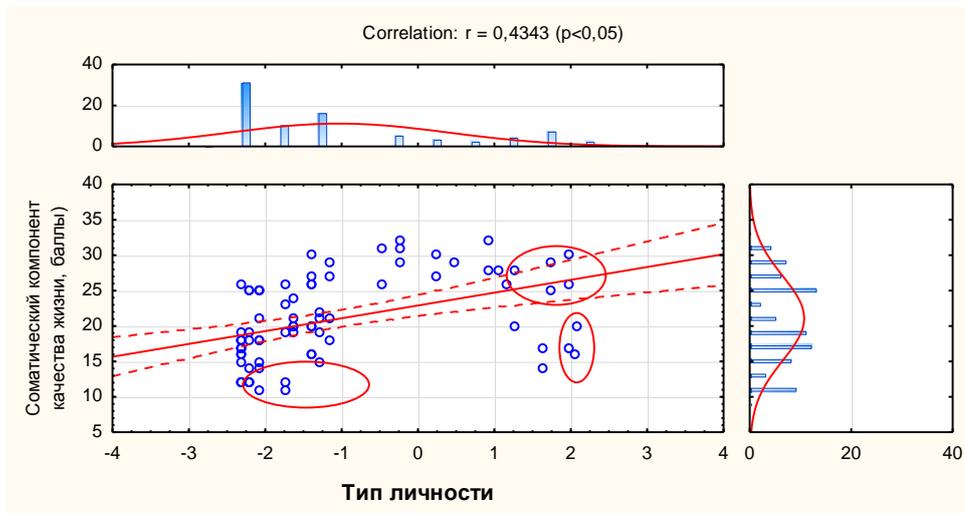
*Гендерные стереотипы маскулинности/фемининности и качество жизни.* При анализе составляющих (компонентов) КЖ, установлено (табл. 17) отсутствие половых различий в группе пациентов с КАГ ( $p > 0,05$ ).

Снижение социального функционирования отмечено у мужчин с РАГ, значимое не только при сравнении с женщинами этой группы ( $p < 0,02$ ), но и мужчинами группы КАГ ( $p < 0,05$ ), что указывает на взаимосвязь этого фактора с развитием резистентной артериальной гипертонии.

При изучении взаимосвязи между гендерным стереотипом маскулинности/фемининности личности (IS) и соматическим компонентом качества жизни у пациентов среднего возраста с РАГ, установлена односторонняя умеренная взаимосвязь ( $r = 0,4343$ ;  $p < 0,05$ ) и снижение IS сопровождалось снижением соматической составляющей качества жизни.

Соматический компонент КЖ у пациентов с РАГ при андрогинном типе личности (IS от +1 до -1) был значимо выше ( $29,5 \pm 0,7$  балла), чем при маскулинном + высокомаскулинном ( $19,1 \pm 0,7$  балла), особенно, высокомаскулинном ( $16,2 \pm 1,4$  балла). У пациентов с фемининным ( $23,6 \pm 1,7$  балла) и высокофемининным ( $18,0 \pm 2,0$ ) типом личности этот компонент КЖ ниже таковых при андрогинном типе.

Следует отметить, что при фемининном высокофемининном типе взаимосвязь IS с компонентами КЖ, в т.ч. и соматическим ( $r = -0,28646$ ;  $p < 0,05$ ) – отрицательная, т.е по мере повышения фемининных качеств, значения показателей КЖ снижаются.

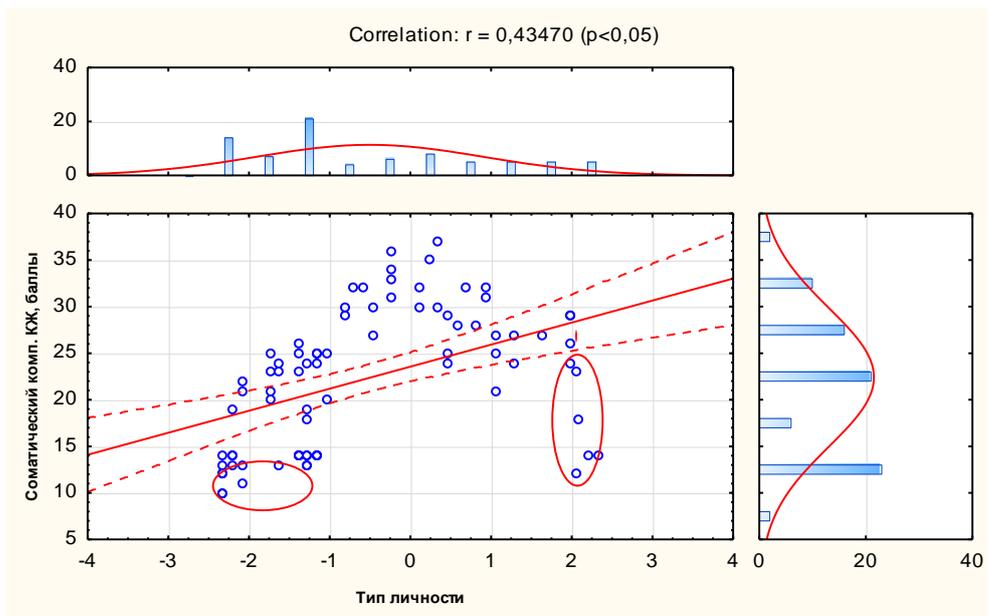


**Рисунок 4.1.-Взаимосвязь между гендерным стереотипом личности (IS) и соматическим компонентом качества жизни у пациентов среднего возраста с РАГ.**

Наиболее низкие значения соматического компонента КЖ (9 балла) наблюдались в отрицательном диапазоне IS, при высокомаскулинном типе личности. По мере нарастания IS при фемининном типе личности пациентов РАГ выделялись 2 зоны соматического состояния: вокруг средних значений (при фемининном типе) и более низкие значения (при высокофемининном типе личности).

Таким образом, не только ярко выраженная маскулинность, но и высокая фемининность сопровождались снижением соматического компонента КЖ (при фемининном + высокофемининном типе личности  $r = -0,2865; p > 0,05$ ), хотя в целом при РАГ между IS и соматическим состоянием выявлена умеренная односторонняя взаимосвязь ( $r = 0,4343; p < 0,05$ ).

Полученные результаты при изучении взаимосвязи между гендерным стереотипом личности (IS) и соматическим компонентом качества жизни у пациентов с КАГ (рисунок 4.2.) свидетельствуют, что снижение IS до значений маскулинности и высокомаскулинности сопровождаются значительным снижением соматического компонента КЖ не только при РАГ, но и при КАГ. Значимо высокие значения соматического компонента КЖ у пациентов с КАГ отмечены при андрогинном (IS от +1 до -1) типе личности ( $30,9 \pm 0,8$  балла). При этом соматический компонент КЖ при маскулинном ( $19,3 \pm 0,9$  балла) и фемининном ( $26,1 \pm 0,7$  балла) типе личности был значимо ниже такового при андрогинии.

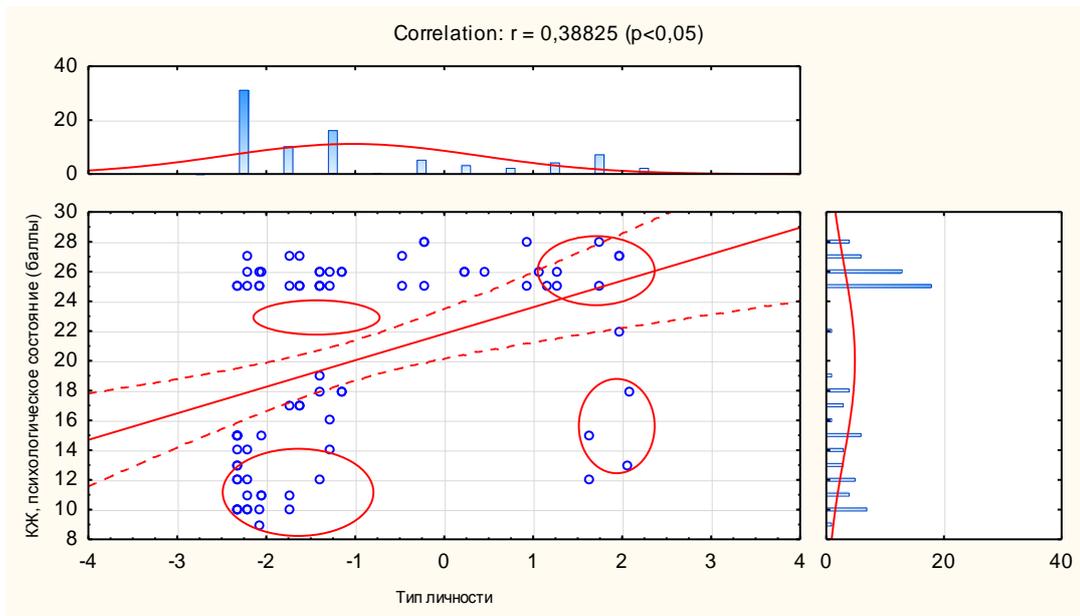


**Рисунок 4.2.-Взаимосвязь между гендерным стереотипом личности (IS) и соматическим компонентом качества жизни у пациентов среднего возраста с КАГ.**

Наиболее низкие значения соматического компонента КЖ (10 балла) у пациентов с КАГ наблюдаются при высокомаскулинном типе личности. Следует отметить, что нарастание IS при высокофемининном типе личности, также сопровождается более низкими значениями соматического компонента (11-13 баллов).

Взаимосвязь между гендерным стереотипом личности (IS) и психологическим компонентом качества жизни у пациентов с РАГ (рисунок 4.3) -односторонняя умеренная( $r=0,38825$ ;  $p<0,05$ ) и отмечено, что в целом у пациентов с РАГ, по мере увеличения IS (у пациентов с андрогинным типом личности) повышается и психологическое составляющее качества жизни.

Однако наиболее низкие значения КЖ ( $18,2\pm 0,9$ ) определяются в подгруппе с низким IS ( $-1,87\pm 0,05$ ) - у высокомаскулинных и маскулинных пациентов, независимо от биологического пола. В этой подгруппе (маскулинных+высокомаскулинных) связь между изучаемыми показателями умеренная, прямая ( $r=0,41152$ ), то есть, чем ниже значения IS (чем ярче маскулинность), тем хуже психологическое состояние пациента.



**Рисунок 4.3.-Взаимосвязь между гендерным стереотипом личности (IS) и психологическим компонентом качества жизни у пациентов с РАГ.**

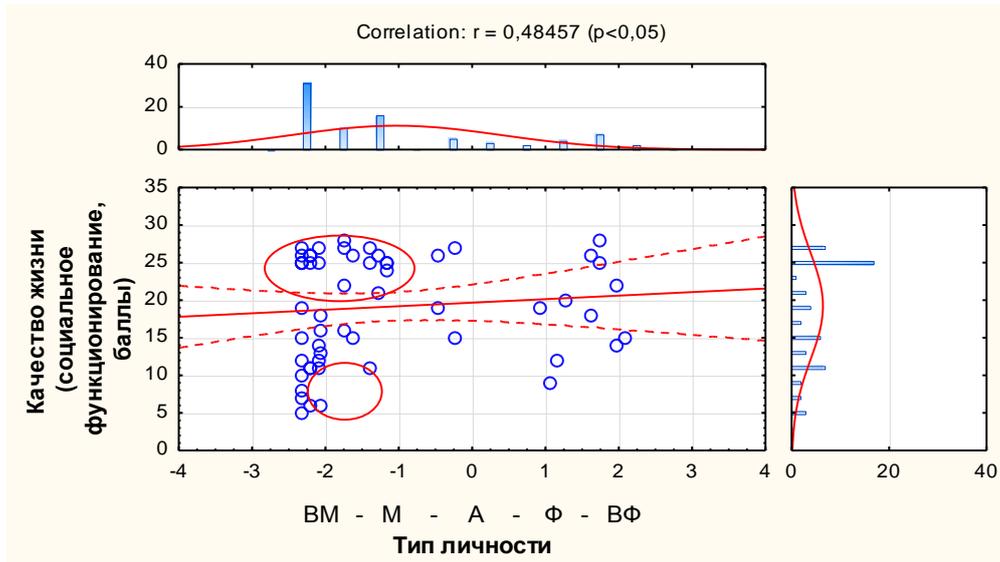
При отдельном рассмотрении при РАГ подгруппы пациентов с фемининным типом личности установлена отрицательная умеренная ( $r=-0,30304$ ) взаимосвязь между психологическим компонентом КЖ ( $22,2\pm 1,6$  балла) и IS ( $IS=1,66\pm 0,1$ ), что свидетельствует об участии ярко выраженной фемининности в ухудшении психологического состояния.

Самые высокие показатели психологического компонента КЖ ( $26,4\pm 0,4$  балла) отмечены в диапазоне IS ( $IS=0,1162\pm 0,17$ ), соответствующем андрогинному типу личности, что характеризует андрогинный тип личности как наименее патогенный.

У пациентов с КАГ значимо высокие значения психологического компонента КЖ отмечены также при андрогинном типе личности ( $26,4\pm 0,4$  балла). При маскулинном ( $19,8\pm 1,0$  балла) и фемининном ( $23,4\pm 1,6$  балла) типе личности этот показатель КЖ был значимо ниже, чем андрогинном. Наименьшие значения психологического компонента КЖ (11-12 балла), наблюдались при высокомаскулинном и высокофемининном типе личности ( $16,2\pm 1,4$  и  $15,5\pm 2,5$  балла соответственно).

При РАГ слабая взаимосвязь IS и социального функционирования наблюдается в подгруппе с фемининным типом личности, хотя его значения ( $24,8\pm 0,9$  балла) выше, чем в подгруппе с маскулинным типом личности и ниже, чем при андрогинном; в этой подгруппе пациентов (с фемининным + высокофемининным) более низкие значения социального функционирования отмечались на фоне высокой IS у высокофемининных пациентов (по группе  $r=-0,2782$ , а у высокофемининных  $r=1$ , т.е. сильная положительная связь).

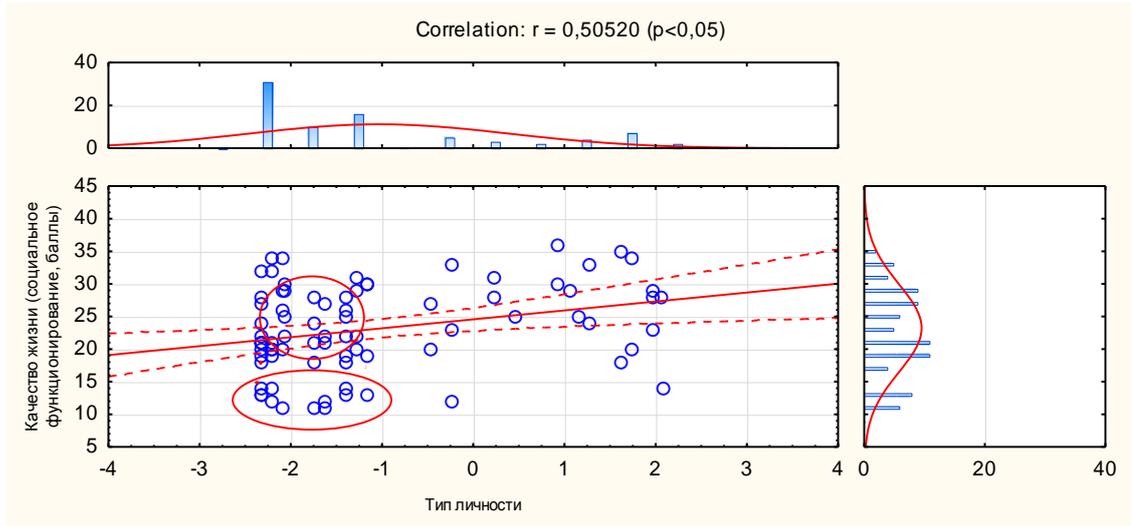
Вывод о наименьшей патогенности андрогинного типа личности подтверждается, также, результатами изучения социального функционирования (рисунок 4.4): при РАГ самый высокий балл ( $29,5\pm 1,0$ ) отмечен в подгруппе андрогинов, у которых значения IS находились в пределах +1 до -1.



**Рисунок 4.4. Взаимосвязь между социальным функционированием и гендерным стереотипом личности (VM – высокомаскулинный, M – маскулинный, A – андрогинный, Ф – фемининный и ВФ – высокофемининный) у пациентов с РАГ.**

Однако в целом 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 (рисунок 4.5, зона наверху) отмечается сохранённое социальное функционирование, составляющие 25-29 баллов.

Данные о взаимосвязи IS и социального функционирования у пациентов с КАГ приведены в рисунке 4.5.



**Рисунок 4.5.-Взаимосвязь между гендерным стереотипом личности (IS) и социальным (функциональным) компонентом качества жизни у пациентов с КАГ.**

При КАГ взаимосвязь IS и социального функционирования (по группе  $23,1 \pm 0,8$ ) прямая, умеренная ( $r=0,50521$ ), хотя в подгруппе маскулинных пациентов она слабее ( $r=0,33167$ ), а при фемининном типе – взаимосвязь отрицательная и составляет  $r=-0,43185$ , т.е., более низкие значения социального функционирования отмечается на фоне высокой IS у высокофемининных пациентов. При андрогинном типе социальный компонент КЖ наиболее высокий и в среднем составляет  $30,9 \pm 0,7$  балла; взаимосвязь с IS прямая, умеренная ( $r=0,53189$ ). Следует отметить, что при маскулинном и высокомаскулинном типе отмечается две зоны: с высокими и низкими значениями социального функционирования, что возможно связано влиянием других факторов, сопровождающих высокомаскулинных пациентов.

Таким образом, при изучении взаимосвязи гендерных характеристик (IS) и показателей качества жизни у пациентов с АГ установлено, что вне зависимости от биологического пола, значимое учащение маскулинного типа личности у пациентов с недостаточной эффективностью АГТ сопровождаются снижением качества жизни, как за счёт психологического и соматического

компонентов, так и социального функционирования. Такая взаимосвязь между гендерными показателями личности и составляющими КЖ у пациентов с РАГ более выражена, чем при КАГ, что не исключает возможность её влияния на особенности течения патологического процесса.

*Гендерные стереотипы семейных установок и качество жизни.* Установлено, что у пациентов с КАГ влияние семейных установок на показатели КЖ – не существенно.

Взаимосвязь между типом семьи и составляющими КЖ у пациентов с КАГ не значимая и коэффициент корреляции составляет для соматического состояния  $r=-0,0192$ ; для психологического состояния  $r=0,00888$ ; для социального функционирования  $r=0,027255$ . Самые высокие значения составляющих КЖ при КАГ наблюдаются на фоне эгалитарной семейной установки.

Учитывая полученные данные, показатели КЖ изучены в зависимости от типов семьи только у пациентов с РАГ (таблица 4.1).

**Таблица 4.1.-Показатели качества жизни (баллы) при разном типе семейных установок у пациентов среднего возраста с РАГ ( $M \pm m$ )**

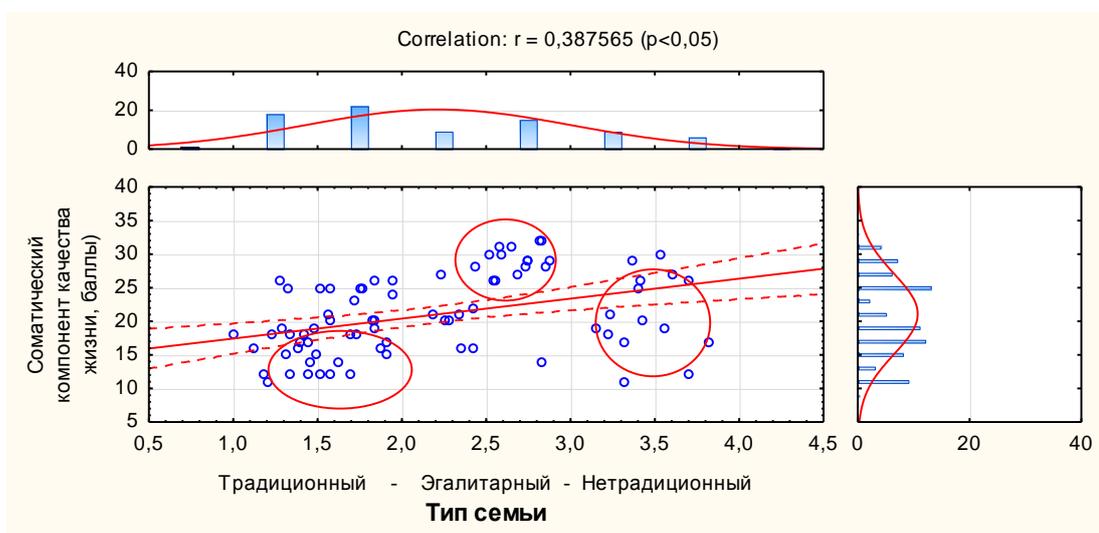
Типы семьи (семейные установки (по СП)	Составляющие качества жизни		
	соматическое состояние	психологическое состояние	социальное функционирование
Традиционный	18,3±0,75	17,35±1,0	18,7±1,07
Нетрадиционный	20,8±1,4	20,2±1,55	23,1±1,18
$P_{1-2}$	>0,05	>0,05	<b>&lt;0,01</b>
Эгалитарный	25,8±1,05	24,2±0,84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

Примечание:  $p$  – статистическая значимость различия показателей при разном типе семьи (по  $U$ -критерию Манна-Уитни).

Отмечено, что при РАГ самые низкие значения соматического, психологического состояния и социального функционирования наблюдаются у пациентов с традиционными семейными установками, которые значимы при сравнении с эгалитарной семьёй ( $p < 0,001$ ). Такая тенденция, хотя различия КЖ не значимы ( $p > 0,05$ ), отмечается и при сравнении с подгруппой промежуточной семейной установкой в отношении соматического и психологического состояния, но снижение социального функционирования у пациентов с традиционными семейными установками значимо ( $p < 0,01$ ).

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 ( $p < 0,001$ ), так и промежуточной семейной установкой ( $p < 0,01$ ; по социальному функционированию -  $p < 0,05$ ).

Установлено (рисунок 4.6) , что взаимосвязь между типом семьи и соматическим компонентом КЖ у пациентов с РАГ была односторонней, умеренной ( $r = 0,387565$ ;  $p < 0,05$ ); низкие значения КЖ, главным образом, наблюдались на фоне традиционного типа семейных ролей.

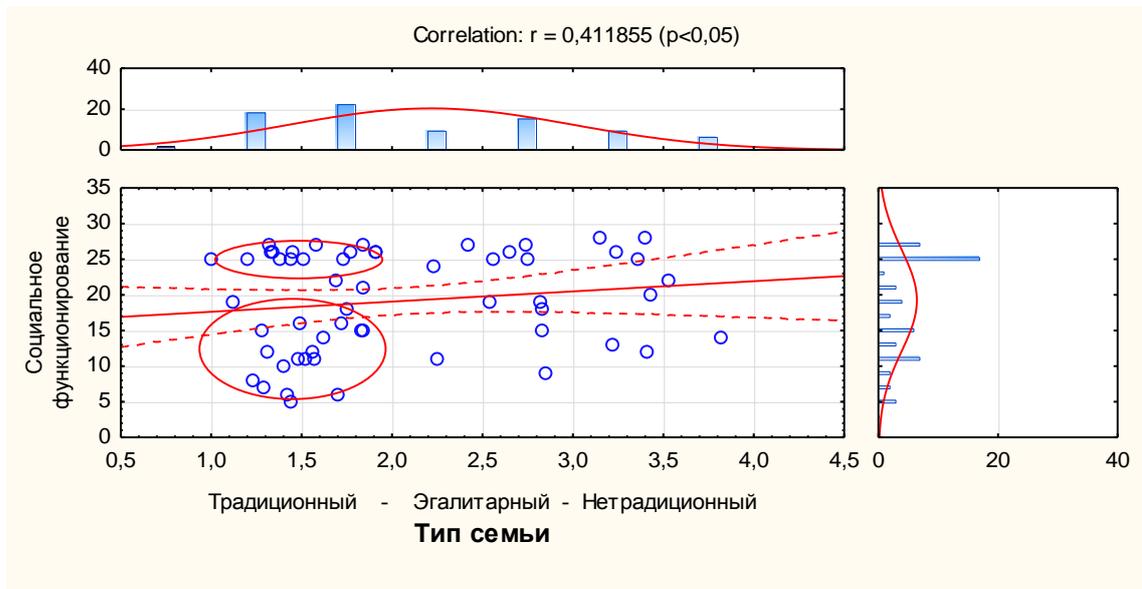


**Рисунок 4.6.-Взаимосвязь между типом семьи(СП) и соматическим компонентом качества жизни у пациентов среднего возраста с РАГ.**

У пациентов с традиционными семейными установками также значимы снижение психологического компонента КЖ и социального функционирования: коэффициент корреляции составляет  $r=0,372038$ ;  $p<0,05$  для психологической составляющей КЖ и  $r=0,411855$ ;  $p<0,05$  для социального функционирования.

Снижение КЖ наблюдалось и у пациентов с нетрадиционной (промежуточной) семейной установкой. Характерно, что значимо высокие значения соматической и психологической составляющих КЖ наблюдались у пациентов с эгалитарной семейной установкой; повышение показателей социального функционирования при эгалитарной семье наблюдалось не часто.

Характерно, что при традиционном типе семейных установок можно выделить 2 зоны: с низкими значениями психологического состояния и социального функционирования и нормальными значениями (рисунок 4.7). Это свидетельствует о том, что традиционная семья не всегда снижает КЖ и, видимо, существуют другие факторы или условия, при которых традиционные семейные установки выступают как патогенные детерминанты.



**Рисунок 4.7.-Взаимосвязь между типом семьи и социальным (функционированием) компонентом качества жизни у пациентов с РАГ.**

Как дополнительные факторы риска у пациентов среднего возраста могут выступать: уровень стресса, синдромы тревоги и депрессии, что, и решено было изучать.

#### **4.2. Взаимосвязь гендерных стереотипов личности и семейных установок с уровнем стресса и выраженностью тревоги/депрессии**

Данные изучения уровней стресса и тревоги/депрессии в зависимости от пола и эффективности терапии (при КАГ и РАГ) приведены ниже (таблица 4.2).

**Таблица 4.2.-Сравнительный анализ уровней стресса и выраженности синдромов тревоги/депрессии у пациентов с РАГ и КАГ (M±m)**

Показатели (баллы)	РАГ (1 гр.)	КАГ (2 гр.)	P <sub>1-2</sub>
<b>Уровень стресса(по группе)</b>	1,82±0,07	2,22±0,08	<b>&lt;0,02</b>
<b>Жен.</b>	1,81±0,08	2,08±0,09	<b>&lt;0,05*</b>
<b>Муж.</b>	1,83±0,11	2,38±0,13	<b>&lt;0,01*</b>
<b>P</b>	>0,05	>0,05	
<b>Синдром тревоги (по группе)</b>	8,08±0,35	6,21±0,33	<b>&lt;0,01</b>
<b>Жен.</b>	8,52±0,55	6,23±0,51	<b>&lt;0,01</b>
<b>Муж.</b>	7,47±0,34	6,19±0,39	<b>&lt;0,05*</b>
<b>P</b>	>0,05	>0,05	
<b>Синдром депрессии (по группе)</b>	7,03±0,38	4,45±0,39	<b>&lt;0,01</b>
<b>Жен.</b>	6,09±0,43	3,86±0,5	<b>&lt;0,01</b>
<b>Муж.</b>	8,29±0,63	5,17±0,57	<b>&lt;0,01</b>
<b>P</b>	<b>&lt;0,01</b>	>0,05	

Примечание: P<sub>1-2</sub>- статистическая значимость различия показателей между 1 и 2 группой; p – значимость различия показателей между полами (по U-критерию Манна-Уитни).

Установлено, что уровень стресса у пациентов АГ был значимо выше (т.е. низкие значения по шкале стресса) на фоне недостаточной эффективности АГТ, чем при КАГ ( $p < 0,02$ ) и такое различие показателей в сравниваемых группах наблюдалось как у мужчин, так и у женщин ( $p < 0,02$ ); внутригрупповые половые различия уровней стресса были не значимыми ( $p > 0,05$ ).

У обследованных пациентов минимальный бал по шкале тревоги и депрессии был равен 3. Однако отмечена большая частота умеренной (субклинически выраженной) и выраженной тревоги и депрессии ( $p < 0,05$ ) у пациентов 1 группы (с РАГ), значимые при сравнении с таковыми во 2 группе (с КАГ). В связи с этим, выраженность синдрома тревоги на фоне РАГ в целом по группе ( $8,08 \pm 0,35$ ), преобладала над таковыми у пациентов с КАГ ( $6,21 \pm 0,33$ ;  $p < 0,01$ ).

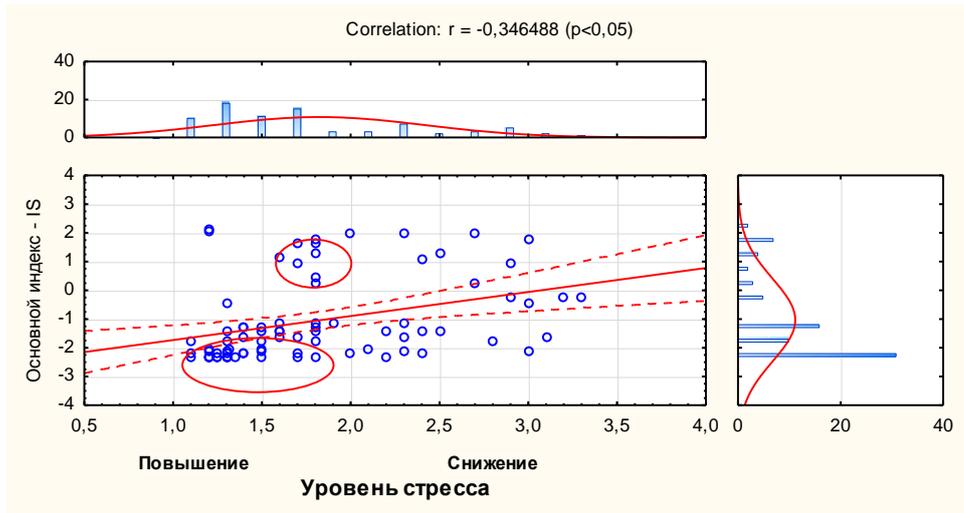
Анализ межгрупповых половых различий показал, что выраженность синдрома тревоги при РАГ была значима, при сравнении с группой КАГ, как у женщин ( $P < 0,01$ ), так и у мужчин ( $p < 0,05$ ). Внутригрупповые половые различия у обследованных пациентов были не значимы.

Как средние значения в целом по группе пациентов с РАГ, так и уровень депрессии у мужчин и женщин, значимо превышали таковые у пациентов с КАГ. Следует отметить, что выраженность синдрома депрессии у мужчин с РАГ была наибольшей ( $8,29 \pm 0,63$ ) и выше, чем у женщин ( $6,09 \pm 0,43$ ;  $p < 0,01$ ).

Выраженность синдрома депрессии была наименьшей у женщин с КАГ ( $3,86 \pm 0,5$ ). Внутригрупповые половые различия выраженности депрессии при КАГ были не значимыми ( $p > 0,05$ ).

При изучении взаимосвязи IS и типов семейных установок с уровнем стресса (рисунок 4.8) и выраженностью тревоги/депрессии установлено наличие однонаправленной, умеренной связи между IS и уровнем стресса в группе пациентов среднего возраста с РАГ ( $r = 0,346488$ ;  $p < 0,05$ ), т.е. на фоне снижения IS, 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 ( $r=0,384778$ ;  $p<0,05$ ).



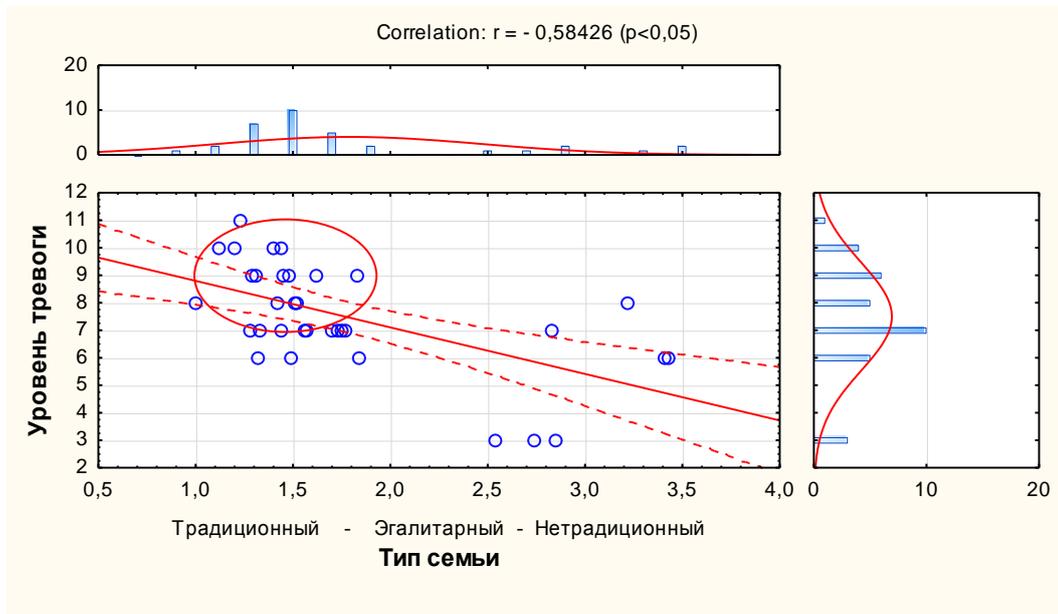
**Рисунок 4.8.-Взаимосвязь между гендерным стереотипом личности (IS) и уровнем стресса у пациентов сРАГ.**

Выраженность синдромов тревоги и депрессии у пациентов с РАГ нарастала по мере снижения IS и установлена отрицательная взаимосвязь IS с синдромом тревоги, близкая к средней ( $r=-0,28718$ ) и умеренная, значимая – с депрессией ( $r= -0,46993$ ;  $p<0,05$ ) в целом по группе. Эта взаимосвязь у мужчин близка к сильной и составляет  $r=-0,64107$  для тревоги и  $r=0,43432$  для депрессии; у женщин для синдромов тревоги и депрессии составляет  $r= -0,31829$  и  $r= -0,34204$  - соответственно.

При изучении взаимосвязи между семейными установками и психо-эмоциональными показателями, характерными для АГ (выраженность синдромов тревоги и депрессии), у пациентов с РАГ установлена значимая отрицательная взаимосвязь семейных установок (СП) как с синдромом тревоги ( $r=-0,32456$ ;  $p<0,05$ ), так и депрессией ( $r= -0,53339$ ;  $p<0,05$ ).

Такая тесная взаимосвязь СП с синдромом тревоги/депрессии характерна как для мужчин ( $r=-0,58426$  и  $r= -0,43432$ ;  $p<0,05$ ), 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 взаимосвязь отсутствует рисунок 4.9).



**Рисунок 4.9.-Взаимосвязь между типом семьи (СП) и уровнем тревоги у мужчин среднего возраста с РАГ.**

В группе пациентов с КАГ взаимосвязь изучаемых показателей- слабая, отрицательная. У мужчин взаимосвязь депрессии и показателя семьи - средняя, отрицательная( $r=-0,35539$ ;  $p<0,05$ ), тогда как у женщин эта взаимосвязь незначимая ( $r=- 0,1334$ ;  $p>0,05$ ).

Таким образом, анализ результатов изучения гендерных и психо-социальных показателей у пациентов с РАГ и КАГ показывает, что значимое учащение маскулинного и высокомаскулинного типа личности, как и традиционных семейных установок, сопровождаются высоким уровнем стресса и повышением выраженности синдромов тревоги/депрессии. Такое сочетание гендерных характеристик личности и выраженность психо-эмоциональных факторов наблюдаемое у пациентов с РАГ позволяет считать их характерными для пациентов с недостаточной эффективностью АГТ, её предиктором.

### 4.3. Взаимосвязь гендерных характеристик личности приверженностью к лечению и кардиоваскулярным риском

*Приверженность к лечению и суммарный сердечно-сосудистый риск у пациентов с недостаточной эффективностью АГТ.* Значимость снижения приверженности к лечению в развитии синдрома резистентности к терапии и повышении суммарного ССР у пациентов с АГ – несомненна и необходимость изучения этих показателей очевидна. Однако в настоящем исследовании необходимость их изучения связана с отсутствием данных о взаимосвязи между гендерными стереотипами личности и семейных установок, как с приверженностью к лечению, так и суммарным сердечно-сосудистым риском.

Результаты изучения приверженности и суммарного сердечно-сосудистого риска у пациентов с РАГ и КАГ приведены в таблице 4.3.

**Таблица 4.3.-Приверженность к лечению и суммарный сердечно-сосудистый риск у пациентов с РАГ и КАГ (баллы,  $M \pm m$ )**

Показатели	1. РАГ	2. КАГ				
	Муж. (n=34)	Жен. (n=46)	Р	Муж. (n=36)	Жен. (n=44)	Р
Приверженность к лечению (баллы)	1,8±0,15	2,3±0,13	<b>p&lt;0,05</b>	2,2±0,19	2,8±0,16	<b>p&lt;0,05</b>
<b>p<sub>1-2</sub></b>	2,1±0,1	2,6±0,12	<b>p<sub>1-2</sub>&lt;0,001</b>			
Суммарный сердечно-сосудистый риск(баллы)	3,2±0,14	2,8±0,14	<b>p&gt;0,05</b>	2,6±0,16	2,1±0,16	<b>p&lt;0,05</b>
<b>p<sub>1-2</sub></b>	3,0±0,1	2,4±0,1	<b>p<sub>1-2</sub>&lt;0,001</b>			

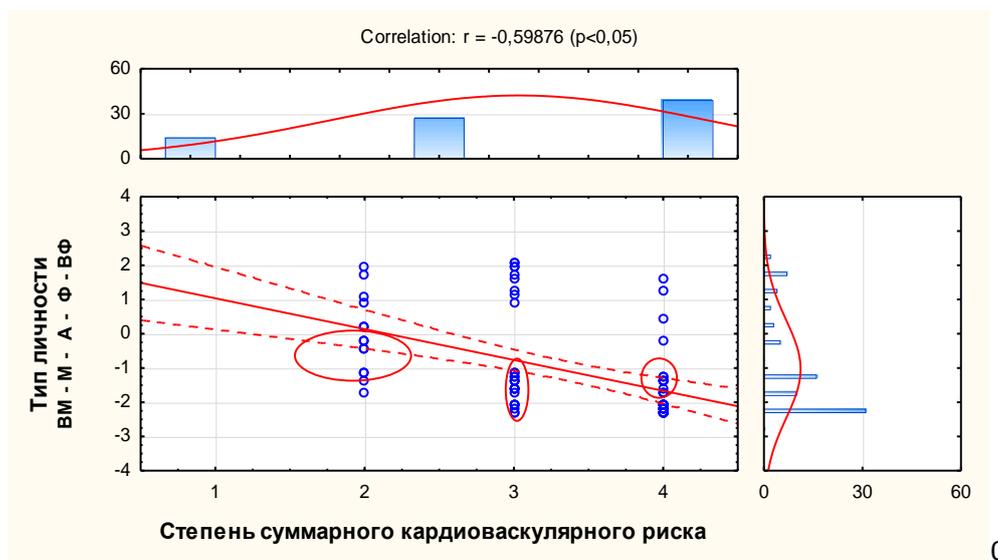
Примечание:  $p_{1-2}$  – статистическая значимость полового различия показателей;  $p$  – статистическая значимость различия показателей между группами РАГ и КАГ (по U-критерию Манна-Уитни).

Значительное снижение приверженности к лечению ( $2,1 \pm 0,12$  балла) отмечается у пациентов с недостаточной эффективностью АГТ (РАГ), что

сопровождается повышением суммарного кардиоваскулярного риска ( $3,0 \pm 0,1$  балла). Снижение приверженности к лечению и повышение суммарного кардиоваскулярного риска наблюдается и в группе пациентов с КАГ: при приверженности к лечению в среднем  $2,6 \pm 0,12$  балла, средний суммарный кардиоваскулярный риск равен  $2,4 \pm 0,1$  балла; приверженность к лечению выше у женщин ( $<0,05$ ), а повышение суммарного кардиоваскулярного риска более выражено у мужчин ( $<0,05$ ).

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.

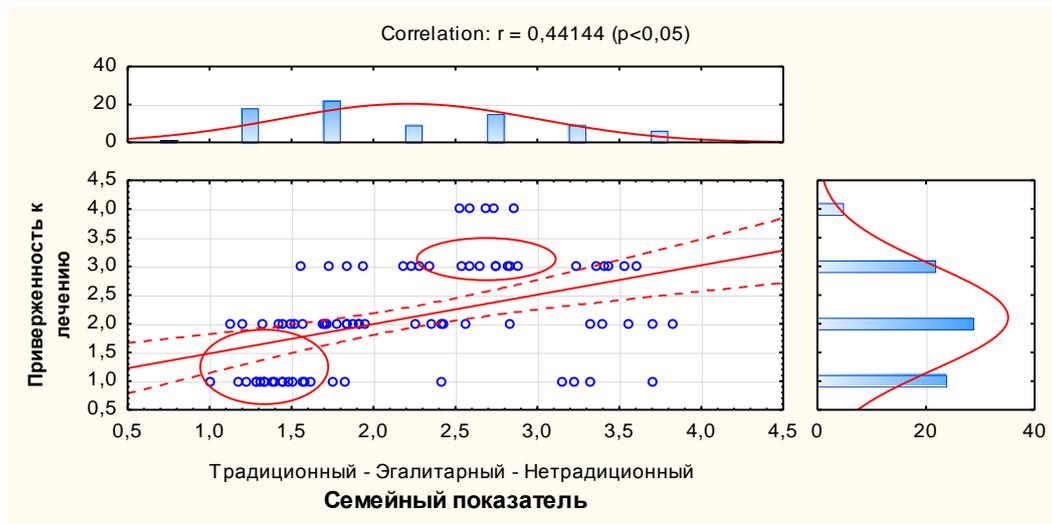
Взаимосвязь между кардиоваскулярным риском и IS у пациентов с РАГ (рисунок 4.10.) отрицательная, умеренная: наблюдалось повышение суммарного КВР по мере снижения IS ( $r = 0,49443$ ;  $p < 0,05$ ).



**Рисунок 4.10.-Взаимосвязь между стереотипом личности (IS) пациентов среднего возраста с РАГ и степенью суммарного кардиоваскулярного риска.**

Наиболее низкий суммарный кардиоваскулярный риск отмечен в диапазоне значений, соответствующих андрогинности, невыраженной фемининности и редко при маскулинном типе личности.

При изучении взаимосвязи (рисунок 4.11.) между гендерными семейными установками (СП) и приверженностью к лечению установлена 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 ( $2,9\pm 0,17$ ).



**Рисунок 4.11.-Взаимосвязь между семейными установками (СП) пациентов среднего возраста с РАГ и приверженностью к лечению.**

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 кардиоваскулярного риска. Результаты отдельного рассмотрения такого сочетания могут быть информативными.

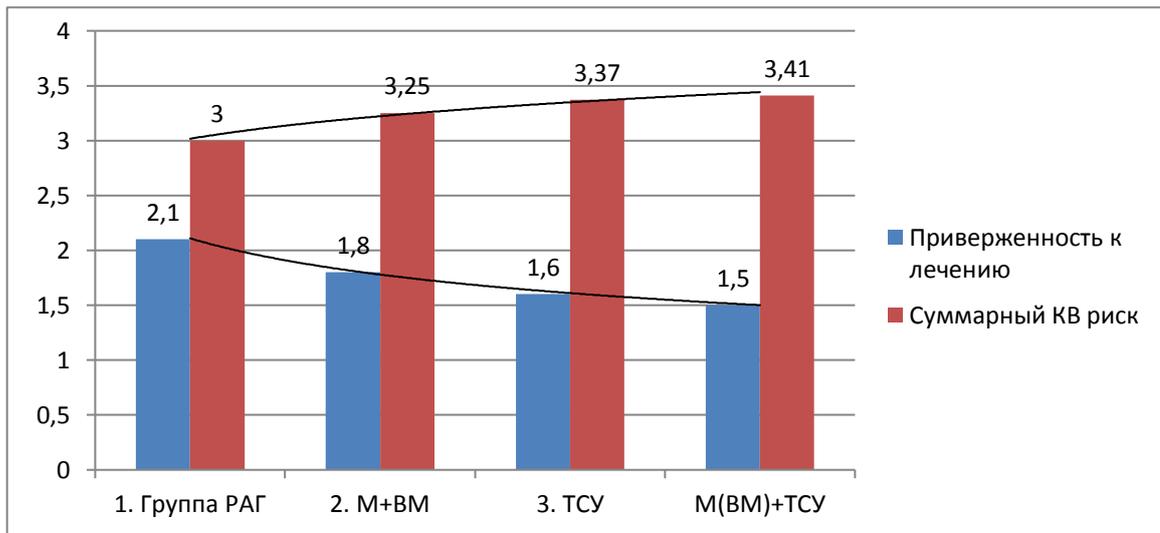
**Приверженность к лечению и КВР при сочетании традиционного типа семьи с маскулинными стереотипами личности.** Установлено, что при РАГ сочетание традиционного типа семьи с маскулинными стереотипами личности наблюдалось у 37 (46,3%) больных. В том числе из 29 женщин с маскулинными типами личности у 11 (37,9%), а из 28 мужчин с такими типами личности - у 26 (92,9%) наблюдалась традиционная семейная установка. Таким образом, при РАГ из 57 пациентов с маскулинными высокомаскулинным типом личности у 37 (64,9%) отмечен традиционный тип семьи.

На фоне КАГ сочетание маскулинных гендерных характеристик личности и традиционных семейных установок наблюдалось 2,5 раза реже (всего у 15 больных, 18,8%): из 42 пациентов с маскулинным и высокомаскулинным типом личности у 15 (35,7%) наблюдалась традиционная семейная установка, в том числе у 9 мужчин и 6 женщин.

Учитывая значимое учащение ТСУ у пациентов с маскулинным или высокомаскулинным гендерным стереотипом личности при РАГ, проведено сопоставление приверженности к лечению и суммарного КВ риска в следующих подгруппах пациентов с РАГ: с маскулинным и высокомаскулинным стереотипом личности (М+ВМ; вне зависимости от типа семьи), с традиционной семейной установкой (вне зависимости от типа личности) 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. Тем не менее, полученные результаты (рисунок 4.12.) показывают заметное снижение при РАГ приверженности к лечению 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).



**Рисунок 4.12.-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.).**

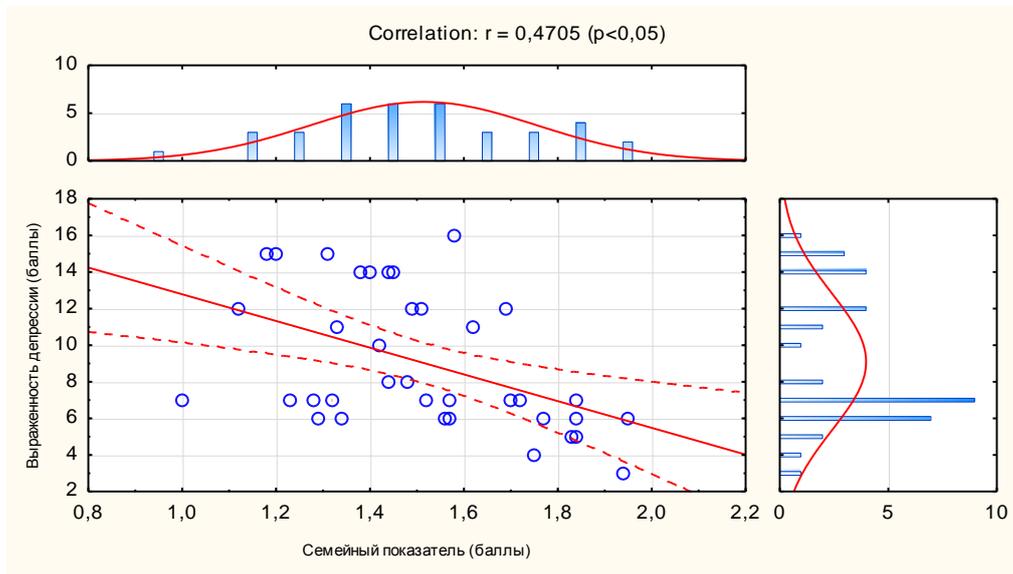
У пациентов РАГ на фоне сочетания гендерных маскулинных и традиционных установок взаимосвязь IS с изучаемыми показателями умеренная, односторонняя с приверженностью к лечению ( $r= 0,553065;p<0,05$ ) и отрицательная с КВР ( $r= - 0,4777;p<0,05$ ).

На женщин влияние сочетания маскулинных и традиционных установок 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 ( $r=-0,81462$ ).

Очень важны полученные результаты о повышении выраженности тревоги/депрессии на фоне сочетания маскулинных и традиционных гендерных характеристик личности и семьи (рисунок 4.13).



**Рисунок 4.13.-Взаимосвязь между выраженностью депрессии и СП у пациентов среднего возраста с РАГ при сочетании маскулинных стереотипов и традиционной семейной установки.**

В целом при РАГ средние значения тревоги ( $8,1\pm 0,35$ ) и депрессии ( $7,03\pm 0,38$ ) в общей группе 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.

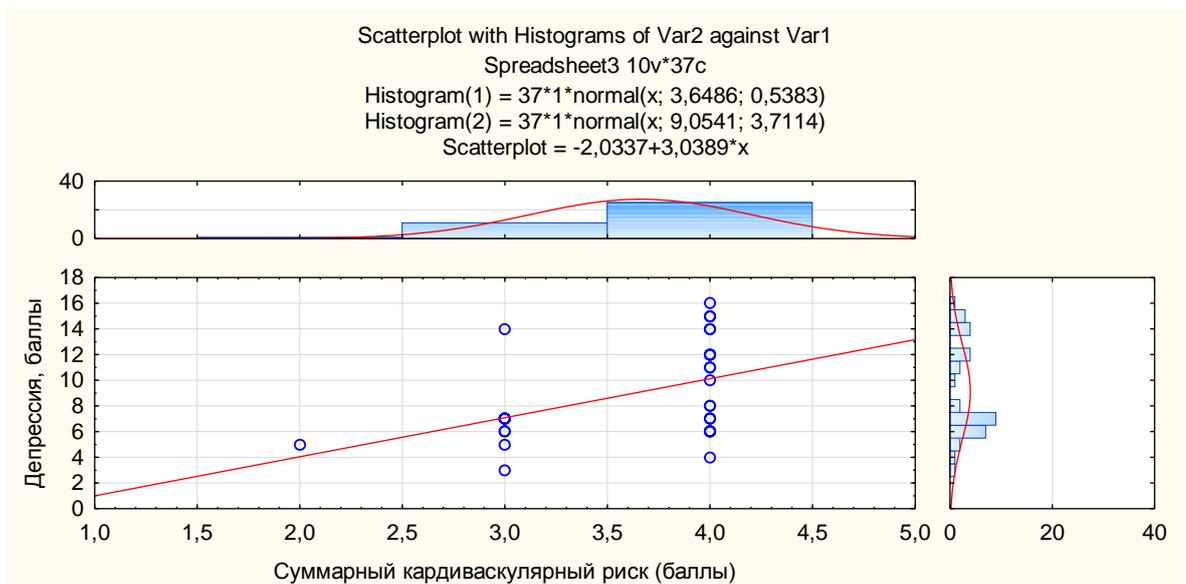
Однако, при изучении взаимосвязи показателей, при сочетании этих гендерных показателей, заслуживает внимания отсутствие заметной связи тревоги с IS и СП как в целом по группе, так и у мужчин. У женщин на фоне такого сочетания отмечается тесная отрицательная взаимосвязь между тревогой и с IS ( $r= - 0,48444p<0,05$ ), и с СП ( $r= - 0,51695;p<0,05$ ).

На фоне сочетания М (ВМ) характеристик личности с традиционными СУ взаимосвязь семейного показателя с приверженностью к лечению у женщин

сильная, односторонняя( $r= 0,83365$ ), а с суммарным кардиоваскулярным риском - средняя, отрицательная( $r= - 0,65211$ ). Это свидетельствует о том, что на фоне сочетания маскулинных характеристик у женщин с традиционной семейной установкой значительно снижается приверженность к лечению и повышается КВР.

У мужчин на фоне сочетания этих гендерных признаков взаимосвязь приверженности к лечению с СП слабая( $r= - 0,1481$ ), но с суммарным КВР средняя, отрицательная и значимая( $r= - 0,53172$ ).

Выраженность депрессии у пациентов с РАГ при сочетании маскулинных и традиционных семейных характеристик имеет умеренную отрицательную взаимосвязь и с IS ( $r= - 0,47982$ ;  $p<0,05$ ), и с СП ( $r= - 0,4705$ ;  $p<0,05$ ).



**Рисунок 4.14.-Взаимосвязь между выраженностью депрессии и суммарным кардиоваскулярным риском у пациентов среднего возраста с РАГ при сочетании маскулинных стереотипов и традиционной семейной установки.**

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).

**Таблица 4.4.-Приверженность к лечению и психо-эмоциональные факторы в общей группе РАГ (1 группа, вне зависимости от ИСи СП; n=80) и при сочетании маскулинных стереотипов личности с ТСУ (2 группа, n=37).**

Показатели	Группы	РАГ (M±m)		
		Муж.	Жен.	p <sub>м-ж</sub>
САД, мм рт.ст.	1 гр.	147,1±1,31	147,6±1,1	>0,05
	2 гр.	148,1±1,2	153,2±2,6	<b>&lt;0,05</b>
	p <sub>1-2</sub>	>0,05	<b>&lt;0,05</b>	
ДАД, мм рт.ст.	1 гр.	95,0±0,6	94,9±0,5	>0,05
	2 гр.	96,2±0,6	96,8±0,7	>0,05
	p <sub>1-2</sub>	>0,05	>0,05	
Приверженность к лечению, баллы	1 гр.	1,8±0,15	2,3±0,13	>0,05
	2 гр.	1,46±0,09	1,7±0,2	>0,05
	p <sub>1-2</sub>	>0,05	>0,05	
Суммарный КВР, баллы	1 гр.	3,2±0,14	2,8±0,14	>0,05
	2 гр.	3,65±0,09	3,64±0,15	>0,05
	p <sub>1-2</sub>	>0,05	>0,05	
Уровень тревоги, баллы	1 гр.	7,5±0,3	8,5±0,6	>0,05
	2 гр.	8,0±0,22	10,7±1,0	<b>&lt;0,01</b>
	p <sub>1-2</sub>	<b>&lt;0,05</b>	<b>&lt;0,05</b>	
Уровень депрессии, баллы	1 гр.	8,3±0,6	6,1±0,4	>0,05
	2 гр.	9,1±0,55	8,9±1,3	>0,05
	p <sub>1-2</sub>	<b>&lt;0,05</b>	>0,05	
Уровень стресса, баллы	1 гр.	1,83±0,11	1,81±0,08	<b>&lt;0,05</b>
	2 гр.	1,87±0,08	1,67±0,1	<b>&lt;0,05</b>
	p <sub>1-2</sub>	<b>&lt;0,05</b>	<b>&lt;0,05</b>	

Примечание: p<sub>1-2</sub> – статистическая достоверность различия (p<0,05) показателей между 1 и 2 группой пациентов, p<sub>м-ж</sub> - достоверность различия показателей между группами мужчин и женщин(по U-критерию Манна-Уитни)

В таблице 4.4 также отражены результаты сравнительного изучения показателей общей группы пациентов с РАГ (1 гр.) и группы пациентов с сочетанием высокомаскулинных (или маскулинных, 2 гр.) стереотипов личности с ТСУ, в зависимости от пола. Такой анализ проведён в связи с тем, что установлены различия взаимосвязи сравниваемых показателей с гендерными характеристиками у пациентов разного пола на фоне сочетания маскулинных стереотипов личности и традиционной семейной установки.

Установлено, что у женщин 2 группы имеет уровни САД, но ДАД значимо выше ( $p < 0,05$ ), чем у женщин 1 группы. Снижение приверженности ( $p < 0,05$ ), повышение КВР ( $p < 0,01$ ), уровни тревоги ( $p < 0,001$ ) и депрессии ( $p < 0,05$ ) у женщин 2 группы также значимы, чем таковые у женщин 1 группы. Тенденция к снижению показателей стресса, т.е. повышение его уровни у женщин 2 группы – не значимо.

Такая же тенденция наблюдается у мужчин, однако различия показателей у мужчин первой и второй группы – не значимы ( $p > 0,05$ ). Однако, несмотря на значимо низкие значения приверженности к лечению у мужчин, уровни АД (САД и ДАД) и суммарный КВР сопоставимы у мужчин и женщины на фоне сочетания маскулинности с ТСУ; уровень тревоги значимо выше у женщин, а депрессии – у мужчин ( $p < 0,01$ ).

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 значительно повышается, достигает уровня такового у мужчин и становится даже несколько выше ( $p > 0,05$ ).

## Обсуждение результатов

Проблема оптимизации подходов к своевременной диагностике и профилактике прогрессирующего течения артериальной гипертонии (АГ) остаётся одной из самых актуальных проблем современной медицины. Это связано большой распространённостью и наибольшим вкладом АГ в смертность от ССЗ [14,19]. В 1990-х гг. были сделаны прогнозы относительно увеличения смертности от ССЗ в странах со средним и низким уровнями дохода, однако скорость увеличения смертности от ССЗ в этих странах превзошла все прогнозы: общая смертность увеличилась с 26 до 28% [192].

Ранним и явным фактором риска ИБС и острых нарушений мозгового кровообращения наиболее часто становится АГ, что нередко обусловлено низкой её выявленностью среди населения. Повышение среднего уровня АД в популяции обычно связано с ускорением темпов индустриализации в стране, так как эмиграция из сельской местности в города, из менее развитых стран в развитые страны способствует повышению АД у эмигрантов [192]. Мнение о более доброкачественном и мягком течении АГ в таких странах, требует дополнительных исследований [118, 192], так как несмотря на широкий выбор современных препаратов и регулярно обновляющиеся рекомендации, целевые уровни АД достигаются у менее 1/3 больных в связи с учащением случаев резистентности к антигипертензивной терапии (РАГ); учащаются и ССЗ, обусловленные АГ [76, 80, 144, 190].

АГ и её осложнения (ИБС, инсульты) преимущественно поражают людей трудоспособного среднего возраста, характерные психо-физиологические особенности которого могут создавать дополнительный риск более тяжёлого течения заболевания [22, 74,108]. Наиболее важными факторами, влияющими на возникновение и течение ССЗ, несомненно, являются психо-социальные факторы, определяющие поло-ролевые, гендерные стереотипы (характеристики) личности и семейных установок. Значимость изучения

гендерных стереотипов личности и семейных установок 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, деформацию взглядов о традиционной роли мужчин и женщин; отмечается вынужденное повышение социальной активности женщин, ускоряется процесс трансформации установок о социальной роли женщины не только в сторону эгалитаризации, но и маскулинизации [3,10,23]. Возрастает возможность стрессорного влияния этих факторов на мужчин и женщин, степень доминантности которых зависит от влияния гендерных установок личности и семьи. В Таджикистане особо актуально влияние указанных медико - социальных факторов, обусловленных большой миграцией лиц молодого и среднего возраста и менталитетом населения (религия, патриархальный уклад семьи, предрассудки), в связи с чем возникает необходимость решения проблемы значимости гендерных особенностей личности и семьи у больных среднего возраста с резистентностью к антигипертензивной терапии (РАГ).

Существенный вклад в изучении проблемы РАГ внесли результаты двухэтапной программы РЕГАТА (организованная РМОАГ), которые позволили совершенствовать подходы к диагностике и лечению РАГ и НКАГ, установить частоту вторичных форм АГ, половые различия частоты РАГ, ПОМ и оптимизировать методы фармакотерапии РАГ [76, 108 - 110].

Определенное влияние на решение проблемы влияния гендерных стереотипов личности в развитии стресс индуцированной патологии, в частности АГ, оказали результаты работы, в котором авторами выделены психологические особенности и характер поведения пациентов с АГ в зависимости от пола и приверженности гендерным стереотипам [53].

Однако в этих работах не рассматривалась взаимосвязь гендерных стереотипов личности и семейных установок с эффективностью АГТ, хотя

результаты этих исследований не исключают возможность наличия такой взаимосвязи.

Учитывая изложенное, в работе изучены гендерные стереотипы личности и семейных установок у пациентов среднего возраста с АГ при разной эффективности АГТ, их взаимосвязь с частотой и выраженностью факторов риска, субклинических ПОМ и психо-социальных сдвигов.

*Гендерные стереотипы фемининности/маскулинности и их взаимосвязь с факторами риска и ПОМ.* При анализе гендерных особенностей личности пациентов среднего возраста с АГ по основному индексу – IS [122] отмечена большая частота маскулинного (IS ниже минус 1) и высокомаскулинного (IS ниже минус 2, 025) стереотипов личности пациентов с АГ: как с резистентной (82,4%), так и контролируемой (61,1%;  $p > 0,05$ ), что позволяет думать о характерности маскулинных сдвигов IS, в целом, для пациентов с АГ. Большая частота высокомаскулинного стереотипа установлена у мужчин с РАГ (73,5%), значимая не только при сравнении с женщинами (13%), но и мужчинами группы КАГ (33,3%;  $p < 0,001$ ). Следует отметить, что умеренная, отрицательная взаимосвязь IS с САД характерна не только у мужчин, но и для женщин.

На характерность высокомаскулинного стереотипа для пациентов со стресс-индуцированной АГ указывается и в работе Наймушиной А.Г. с соавт. [122], однако этот тип личности авторами был установлен у всех пациентов с АГ, вне зависимости от фактора биологического пола. В нашем же исследовании высокомаскулинный гендерный стереотип отмечен у 73,5% мужчин и 13% женщин с РАГ, но в целом маскулинный тип личности (маскулинный + высокомаскулинный) установлен у 82,4% мужчин и 50% женщин. Таким образом, высокомаскулинный гендерный стереотип у мужчин и маскулинный-у женщин с АГ можно рассматривать как фактор, предрасполагающий развитию недостаточной эффективности АГТ.

При АГ наиболее важным фактором, определяющим прогноз, является достигнутые на фоне фармакотерапии уровни АД и его суточный профиль. При изучении взаимосвязи IS с АД у пациентов с РАГ установлено умеренная (ближе

к сильной) связь: коэффициент корреляции ( $r$ ) между IS и САД была равна - 0,4483, а с ДАД – минус -0,5594. При анализе стереотипов личности у пациентов с недостаточностью ночного снижения САД, как наиболее частого типа суточного профиля АД при РАГ, установлено, что такой суточный профиль наблюдался у 56 пациентов с РАГ, из которых 47 (83,9%), главным образом, с высокомаскулинным и часть, в основном женщины, с маскулинным, типами.

Интересен тот факт, что чаще всего уровни САД ниже при значениях IS от -1 до +1 у андрогинов ( $138,8 \pm 0,9$  мм.рт.ст.) и различия с другими (более высокими и низкими) областями значений IS значимы ( $p < 0,001$ ). Эти результаты допускают возможность конструктивной стратегии решения межличностных конфликтов андрогинами и согласуются с данными о связи андрогинии с ситуативной гибкостью [105, 122], с высоким самоуважением, субъективным ощущением благополучия [38, 42, 45], мотивацией к достижениям [29, 38, 90, 102].

При КАГ взаимосвязь IS с САД и ДАД была слабой; коэффициент корреляции ( $r$ ) между IS и САД была равна -0,26985, а с ДАД – минус 0,2451.

Таким образом, у пациентов среднего возраста с РАГ на фоне высокомаскулинного и маскулинного стереотипа личности наблюдаются значимо высокие значения АД (САД и ДАД) и большая частота недостаточного ночного снижения САД. Низкие значения САД при андрогинном типе личности свидетельствует о возможности более благоприятного течения АГ.

Сравнительное изучение частоты распространённых факторов риска (семейный анамнез, длительность АГ, вредные привычки, повышение массы тела, низкая физическая активность, частые стрессовые ситуации, пессимистическая оценка состояния здоровья, нарушения липидного спектра крови) и ПОМ при достаточном (КАГ) и недостаточном (РАГ) эффекте антигипертензивной терапии, приобретает особое значение.

У пациентов с РАГ при маскулинном и высокомаскулинном стереотипе личности значимо чаще, чем при КАГ установлены рассматриваемые факторы риска, однако их взаимосвязь с IS была отрицательной и близка к сильной

только по трём факторам: курением сигарет более 5 лет ( $r=-0,60057$ ;  $p<0,05$ ), чрезмерным употреблением алкоголя ( $r=-0,64868$ ;  $p<0,05$ ) и СОАС ( $r=-0,51678$ ;  $p<0,05$ ). На фоне фемининного и высокофемининного стереотипа у пациентов с РАГИС коррелировал с учащением длительности АГ более 5 лет ( $r=0,372257$ ), увеличением массы тела за последние 5 лет ( $r=0,343245$ ), пессимистической оценкой состояния здоровья ( $r=0,338302$ ) и низкой физической активностью ( $r=0,32261$ ). При андрогинном типе личности значимую взаимосвязь с IS имело только увеличение массы тела за последние 5 лет ( $r=0,354218$ ;  $p<0,05$ ) и пессимистической оценкой состояния здоровья ( $r=0,860219$ ;  $p<0,05$ ).

Значимость маскулинных стереотипов в учащении факторов риска при РАГ подтверждается также умеренной, отрицательной взаимосвязью IS с содержанием ОХС: на фоне снижения значений IS определяются более высокие уровни ОХС ( $r=-0,54581$ ;  $p<0,05$ ). При РАГ из 44 пациентов с гиперхолестеринемией у 2 (4,6%) определён андрогинный стереотип, у 3 (6,8%) - фемининный и высокофемининный и у 39 (88,6%) – маскулинный и высокомаскулинный. На фоне КАГ взаимосвязь IS с ОХС слабая, отрицательная ( $r=-0,1269$ ;  $p>0,05$ ). При КАГ значимая взаимосвязь IS с факторами риска отсутствовала.

Исследование состояния органов мишеней выявило преобладание частоты субклинического ПОМ при РАГ, при сравнении с группой пациентов с КАГ, как у мужчин, так и у женщин. 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 3 (6,3%) и андрогинном 2 (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 Е/А ( $r=0,2499$ ), ФВ ( $r=0,4347$ ) и отрицательная - с ИММЛЖ ( $r=-0,6813$ ;  $p<0,05$ ). Наиболее оптимальным диапазоном, соответствующим нормальным или субклиническим значениям ПОМ, является IS от -1 до +1, что характерно для андрогинного типа личности.

Таким образом, по мере снижения IS (к диапазону маскулинного и высокомаскулинного типа личности) повышается содержание ОХС, увеличивается ТИМ сонной артерии, снижается соотношение Е/А и значимо повышается ИММЛЖ; достигнутые на фоне АГТ уровни САД и ДАД выше. Тесная отрицательная взаимосвязь снижения основного гендерного индекса – IS (до зон высокомаскулинности), со значимо высокими уровнями АД достигнутыми на фоне АГТ ( $r = -0,44826$  с САД;  $r = -0,55937$  с ДАД) и выраженностью факторов, влияющих на прогноз ( $r = -0,54581$  с ОХС;  $+0,457249$  с ЛПВП;  $-0,68132$  с ИММЛЖ;  $-0,6736$  с ТИМ;  $p < 0,05$ ), - позволяет рассматривать маскулинные стереотипы личности вне зависимости от биологического пола как предиктор недостаточной эффективности АГТ.

*Стереотипы семейных установок, их взаимосвязь с факторами риска и ЛОМ.* Представляет особый интерес результаты оценки стереотипов семейных установок. Выделение типов семейных установок проведено по опроснику Ю.Е. Алешина с соавт. «Распределение ролей в семье» [2]. В настоящем исследовании показатель семейного стереотипа (от 1 до 4 баллов) условно обозначен как семейный показатель – СП.

Согласно полученным результатам у 1/4 части пациентов с РАГ установлен эгалитарный тип семьи, а у 50% - традиционный тип. В целом по группесреднее значение СП соответствует эгалитарному типу ( $2,22 \pm 0,1$ ), что согласуется с данными, утверждающими склонность современных семей, к эгалитарному типу поло-ролевых отношений [42, 105, 122].

Однако у мужчин с РАГ значения СП находятся в области традиционной семейной установки и значения СП - наименьшие ( $1,78 \pm 0,12$ ); это различие значимо только при сравнении с группой КАГ ( $2,65 \pm 0,08$ ;  $p < 0,001$ ), но и женщин с РАГ ( $2,52 \pm 0,11$ ;  $p < 0,001$ ). Являясь характерным для пациентов с РАГ, традиционный тип семьи наблюдается 3 раза чаще, чем при КАГ.

Как свидетельствуют результаты исследования взаимосвязь стереотипов семейных ролей (установок) с достигнутыми уровнями АД при РАГ значима, чем при КАГ. Взаимосвязь САД и СП отрицательная умеренная

как в целом по группе РАГ ( $r = -0,33654$ ;  $<0,05$ ), так и пациентов обоего пола (у мужчин  $r = -0,44917$  и у женщин  $r = -0,42568$ ;  $<0,05$ ). Характерно, что при значениях СП ниже 2 балла (критерий традиционного типа семьи), 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 традиционных семейных установок.

Заслуживает внимания установленные различия взаимосвязи семейного показателя с частотой и выраженностью факторов риска и ПОМ. Взаимосвязь СП при традиционном типе семьи отрицательная умеренная: с семейным анамнезом ранних ССЗ ( $r = -0,30598$ ;  $<0,05$ ), курением табака (сигарет) более 5 лет ( $r = -0,42998$ ;  $<0,05$ ), чрезмерным употреблением алкоголя ( $r = -0,46801$ ;  $<0,05$ ), СОАС ( $r = -0,45551$ ;  $<0,05$ ), а также ПОМ - увеличением ТИМ, ИММЛЖ, учащением НПЦВН и ЛПВП односторонняя ( $r = 0,479956$ ;  $<0,05$ ).

При эгалитарном типе взаимосвязь СП значима и отрицательна с семейным анамнезом ранних ССЗ ( $r = -0,60207$ ;  $<0,05$ ), длительностью АГ более 5 лет ( $r = -0,43815$ ;  $<0,05$ ), избыточным употреблением NaCl ( $r = -0,63108$ ;  $<0,05$ ), СОАС ( $r = -0,30839$ ;  $<0,05$ ), побочными эффектами АГП ( $r = -0,50219$ ;  $<0,05$ ) и ОХС ( $r = 0,46379$ ;  $<0,05$ ).

На фоне промежуточного типа (нетрадиционного) семейных установок взаимосвязь СП с факторами риска была положительной и значимой с длительностью АГ более 5 лет ( $r = 0,35505$ ;  $<0,05$ ), увеличением массы тела за 5 лет ( $r = 0,33776$ ;  $<0,05$ ) и низкой физической активностью ( $r = 0,440792$ ;  $<0,05$ ). Это свидетельствует о том, что у пациентов с промежуточным типом семьи повышение СП, т.е. выраженная не традиционность семейных установок, сопровождается сочетанием увеличения массы тела с низкой физической активностью на фоне увеличения длительности АГ более 5 лет.

Анализ полученных результатов свидетельствует о сопоставимости ряда факторов риска при разном типе СУ, однако: а) пациенты с традиционным типом СУ более подвержены вредным привычкам, снижению ЛПВП, увеличению ТИМ, повышению ИММЛЖ и НПЦВН; б) пациенты с

промежуточным типом семьи – низкой физической активности и увеличению массы тела; с эгалитарными семейными установками- избыточному употреблению соли, побочным эффектам АГП, повышению ИММЛЖ, увеличению ТИМ и ОХС.

Таким образом, большая частота снижения СП при традиционных СУ у пациентов среднего возраста РАГ (50%, что 2,5 раза чаще, чем при КАГ), сопровождается учащением субклинических ПОМ: повышением ИММЛЖ ( $r = -0,50849$ ), ТИМ ( $r = -0,51631$ ), ОХС ( $r = -0,37259$ ), снижением ЛПВП ( $r = +0,585592$ ) и учащением НПЦВН ( $r = -0,42833$ ). Достигнутые уровни САД ( $r = -0,44917$  и  $r = -0,42568$ ; соответственно у мужчин и женщин) и ДАД ( $r = -0,513$ ;  $p < 0,05$  - у мужчин) значимо выше на фоне традиционной СУ, что указывает на недостаточную эффективность антигипертензивной терапии.

Весьма важным является объяснение факта учащения и патогенного влияния традиционного типа семейных установок в современных условиях. Так, согласно Т.В. Андреевой [3] в современном обществе ситуация сложилась таким образом, что на фоне вынужденного повышения социальной активности женщин, на их плечах остались домашние обязанности, согласно традиционным установкам, и это создаёт очаг напряжённости в семье – гендерный конфликт - «положение женщины»; кроме того, согласно тем же традиционным установкам, снижение авторитета и лидерских позиций мужчин в семье создаёт еще один очаг напряженности- "положение мужчины", так как изменение ролей женщины не подкрепляется соответствующим изменением мужских ролей.

Таким образом, следование традиционным стереотипам, чаще всего, негативно сказывается на психологическом и соматическом состоянии мужчин и женщин, так как такая ситуация ограничивает возможности их личностного развития и ведет к нервному истощению [3]. Полученные нами результаты об учащении традиционной СУ у пациентов РАГ и её взаимосвязь с факторами риска и субклиническими ПОМ влияющими на прогноз можно объяснить с этих позиций.

*Взаимосвязь гендерных характеристик с КЖ, уровнем стресса, приверженностью к лечению и суммарным КВР.* В дальнейшем, допуская возможность тесной связи гендерных стереотипов личности и поло-ролевых семейных установок с составляющими КЖ, уровнем стресса и выраженностью тревоги/депрессии, сочетание которых может определить уровень приверженности пациента к лечению и в конечном итоге суммарный кардиоваскулярный риск – изучена взаимосвязь этих факторов. Выявлению закономерностей их взаимосвязи посвящена глава IV.

При изучении взаимосвязи между гендерным стереотипом маскулинности/фемининности(IS) и компонентами КЖ у пациентов среднего возраста с РАГ, наиболее низкие значения компонентов КЖ отмечены в отрицательном диапазоне IS, особенно при высокомаскулинном типе личности. Следует отметить, что снижение IS до значений маскулинности и высокомаскулинности сопровождаются значительным снижением соматического компонента КЖ не только при РАГ, но и при КАГ. О возможности значительного снижения КЖ у пациентов с АГ не только на фоне маскулинного стереотипа, но и на фоне высокой фемининности свидетельствует особенность распределения значений КЖ. При значениях IS выше +1 выделялись 2 зоны соматического и психологического состояния - вокруг средних значений при фемининном типе и более низкие значения при высокофемининном типе личности.

Интересны полученные результаты в андрогинном (от -1 до +1) диапазоне IS – в этой зоне определялись самые высокие показатели КЖ как соматического и психологического состояния, так и социального функционирования, что характеризует этот гендерный стереотип личности как наименее патогенный.

Очень важные результаты получены при изучении взаимосвязи стереотипов семейных установок и КЖ. Во-первых, установлено, что влияние семейных типов на показатели КЖ у пациентов с КАГ не значимо, так как коэффициент корреляции между СП и составляющими КЖ ниже 0,1. Во-вторых, при РАГ коэффициент корреляции между СП и составляющими КЖ значимая,

положительная, то есть самые низкие значения соматического, психологического состояния и социального функционирования наблюдаются у пациентов с традиционным стереотипом семьи. В-третьих, выявлены особенности влияния традиционной семейной установки на 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.

Учитывая уязвимость среднего возраста в связи с влиянием нейрогормональных и психо-социальных факторов, как предикторы усиливающие патогенность традиционных семейных установок можно рассмотреть уровень стресса, повышение уровней тревоги/депрессии. Изучение причинно-следственной взаимосвязи этих детерминант при разном гендерном стереотипе личности и семьи может иметь важное диагностическое и лечебно-профилактическое значение для уточнения причин недостаточной эффективности АГТ.

При анализе результатов изучения данного вопроса отмечено значимо высокие уровни стресса и тревоги/депрессии на фоне недостаточной эффективности АГТ, чем при КАГ. Выраженность депрессии у мужчин с РАГ выше ( $8,29 \pm 0,63$ ), чем у женщин ( $6,09 \pm 0,43$ ;  $p < 0,01$ ), что не наблюдается при КАГ.

Взаимосвязь между IS и уровнем стресса при РАГ однонаправленная, умеренная ( $r = 0,345966$ ;  $p < 0,05$ ), т.е. на фоне снижения IS, снижается и значение стресса, что свидетельствует о высоком его уровне. Анализ полученных результатов свидетельствует, что значимое учащение маскулинного и высокомаскулинного типов личности сопровождается высоким уровнем стресса и повышением выраженности синдромов тревоги/депрессии.

Взаимосвязь семейных установок (СП) с выраженностью этих синдромов (тревоги и депрессии)- значимая, отрицательная, умеренная; тесная взаимосвязь

СП с синдромом тревоги/депрессии характерна как для мужчин ( $r=-0,58426$  и  $r=-0,43432$ ;  $p<0,05$ ), так и для женщин ( $r=-0,44018$  и  $r=-0,48559$ ;  $p<0,05$  - соответственно для тревоги и депрессии), что позволяет выделить повышение уровни тревоги и/или депрессии на фоне традиционной СУ - как предиктор недостаточной эффективности АГТ. В группе пациентов с КАГ взаимосвязь СП и изучаемых показателей по группе слабая, но связь СП и депрессии у мужчин умеренная, отрицательная ( $r=-0,35539$ ;  $p<0,05$ ).

Как и следовало ожидать, взаимосвязь между гендерным стереотипом личности (IS) и приверженностью к лечению у пациентов среднего возраста с РАГ оказалась положительной умеренной ( $r=0,55382$ ;  $p<0,05$ ), а с кардиоваскулярным риском - отрицательной, умеренной IS ( $r=-0,47717$ ;  $p<0,05$ ), т.е. по мере снижения IS наблюдалось повышение суммарного СС риска и снижение приверженности к лечению. Наиболее низкий суммарный кардиоваскулярный риск отмечен в диапазоне значений, соответствующий андрогинности и невыраженной фемининности.

Слабая отрицательная взаимосвязь IS и суммарного КВР отмечена в группе пациентов КАГ, хотя с приверженностью к лечению взаимосвязь IS - умеренная, однонаправленная. Взаимосвязь между семейными установками (СП) и приверженностью к лечению - прямая умеренная, т.е. при низких значениях СП, соответствующих традиционным установкам, приверженность к лечению была очень низкой. У пациентов с традиционной семейной установкой часто определялся очень высокий суммарный кардиоваскулярный риск. В зоне эгалитарной семейной установки чаще всего отмечен низкий кардиоваскулярный риск.

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

Большая частота высокой приверженности к лечению и низкого кардиоваскулярного риска на фоне эгалитарной семейной установки свидетельствуют о наименее патогенности этого типа семьи.

Суммируя полученные результаты можно сделать заключение о неоднозначности влияния некоторых гендерных стереотипов личности и семейных установок на течение АГ, что главным образом, связано с наличием или отсутствием сочетания ряда этиопатогенетических факторов у конкретного больного. Об этом свидетельствует и тот факт, что согласно результатам, не только ряд факторов риска, но и гендерные стереотипы личности и семьи в большей степени характерные для РАГ, например, высокомаскулинный стереотип личности и традиционный тип семьи, реже, но наблюдаются и у пациентов с контролируемой гипертензией. Вопрос о том, сочетание каких факторов при, том или ином, гендерном стереотипе личности, способствуют развитию РАГ, представляет особый интерес.

Несмотря на различия в сочетании этиопатогенетических факторов развития РАГ, общим фоном для всех гендерных стереотипов является: повышение психо-эмоциональных показателей, нарушение липидного спектра атерогенной направленности, в т.ч. снижение ЛПВП.

Патогенное влияние высокомаскулинного и маскулинного гендерного стереотипа личности у пациентов с РАГ проявляется, чаще всего, на фоне избыточного употребления поваренной соли ( $p < 0,01$ ), пессимистической самооценке состояния здоровья ( $p < 0,001$ ), курения сигарет более 5 лет ( $p < 0,05$ ), снижения приверженности к лечению ( $p < 0,001$ ) и атерогенных сдвигов липидного спектра ( $p < 0,001$ ). Наблюдаемые при этом тесная, односторонняя корреляция между достигнутым уровнем САД и ТИМ ( $p < 0,001$ ), уровнем тревоги ( $p < 0,02$ ) и стресса ( $p < 0,05$ ) свидетельствует об их причинно-следственной взаимосвязи со снижением гипотензивного ответа и развитием недостаточной эффективности АГТ.

У пациентов с фемининным и высокофемининным типом личности недостаточная эффективность антигипертензивной терапии протекает при учащении стрессовых ситуаций, клинической выраженности синдрома депрессии и, нередко, на фоне пессимистической самооценки состояния здоровья.

Частой причиной развития резистентной гипертонии у пациентов с андрогинной характеристикой личности является увеличение массы тела за последние 5 лет и гипертриглицеридемия.

Между гендерным стереотипом личности и приверженностью к лечению у пациентов среднего возраста с РАГ отмечена положительная умеренная взаимосвязь, т.е. очень низкие значения IS (маскулинный и высокомаскулинный тип личности) сопровождалась, чаще всего, отсутствием приверженности к лечению. У пациентов среднего возраста с РАГ установлена отрицательная, умеренная взаимосвязь между суммарным кардиоваскулярным риском и типом личности, т.е. по мере снижения IS повышается степень риска ССЗ.

*Сочетание маскулинных характеристик личности с традиционной семейной установкой у пациентов с АГ.* Тесная отрицательная взаимосвязь снижения основного гендерного индекса – IS (до зон высокомаскулинности) и семейного показателя ниже 2 (характерное для традиционной СУ) со значимо высокими уровнями АД достигнутыми на фоне АГТ и выраженностью факторов, влияющих на прогноз (ОХС, ЛПВП, ИММЛЖ, ТИМ;  $p < 0,05$ ), - позволяет рассматривать маскулинные стереотипы личности (особенно высокомаскулинные) вне зависимости от биологического пола и традиционные СУ - как предикторы недостаточной эффективности АГТ. В этой связи, рассмотрение их сочетания у пациентов с РАГ представляет особый интерес.

Установлено, что 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.

Наблюдаемое, главным образом, у пациентов с РАГ, сочетание традиционной семейной установки с высокомаскулинным (или маскулинным) стереотипом личности сопровождается повышением уровней тревоги и депрессии, значимо высоким уровнем САД и суммарным КВР на фоне низкой

приверженности к лечению; сочетанное влияние этих гендерных признаков на течение АГ значимо у женщин.

Заслуживает внимания тот факт, что снижение приверженности к лечению и повышение суммарного КВР становится более выраженной от подгруппы с маскулинными стереотипами (без сочетания с традиционной СУ) к → подгруппе с ТСУ (без сочетания с маскулинными стереотипами личности) и к → подгруппе с их сочетанием.

При анализе полученных результатов обращено внимание на возможную стратегию поведения пациентов с маскулинными характеристиками в сочетании с традиционной семейной установкой в ситуации конфликтного взаимодействия. Сочетание маскулинного, особенно, высокомаскулинного стереотипов личности, для которых характерны напористость, доминантность и ориентация на успех (характерна силовая стратегия поведения) с традиционными типами семьи с напористостью мужчин и уступчивостью женщин (характерна силовая стратегия поведения для мужчин, а для женщин – стратегия игнорирования конфликта или уступчивость) способствуют неконструктивному, не продуктивному решению конфликта. При таком сочетании стереотипов личности и семьи, наиболее эффективная стратегия решения конфликта – переговорная, т.е. партнерская модель отношений независимо от пола, – обычно не возможна. Психологи связывают будущее человека с партнерским стилем отношений и взаимодействия [26] и отсутствие такой возможности создаёт условия стойкого психо-эмоционального напряжения со снижением гипотензивного ответа.

На фоне сочетания традиционной семейной установки с высокомаскулинным (или маскулинным) стереотипом личности достигнутые уровни САД и суммарный КВР выше, а приверженность к лечению ниже, чем в подгруппах пациентов без сочетания этих признаков, что позволяет выделить их в группу риска по развитию РАГ. Полученные результаты свидетельствуют, что сочетание высокомаскулинного (или маскулинного) гендерного стереотипа личности у пациентов с АГ на фоне традиционных семейных установок является фактором, способствующим недостаточной эффективности АГТ.

Отрицательное влияние этих гендерных признаков на течение АГ при их сочетании более выражено и значимо у женщин, чем у мужчин. 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. Таким образом, 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.

Ряд признаков характеризует андрогинный тип личности пациентов среднего возраста как наименее патогенный, это: сравнительно невысокие значения САД и ДАД, небольшая частота (5,4%) недостаточного ночного снижения САД, гиперхолестеринемии, увеличения ТИМ, ДДЛЖ, повышения ИММЛЖ. У пациентов этой подгруппы наблюдается большая частота эгалитарного типа семьи (40,9%), сравнительно высокие показатели компонентов качества жизни, приверженности к лечению и низкие степени суммарного КВ риска.

## Заключения

### Основные научные результаты диссертации

1. Тесная отрицательная взаимосвязь снижения основного гендерного индекса – IS (до зон высокомаскулинности), со значимо высоким АД на фоне АГТ и выраженностью факторов, влияющих на прогноз (повышением ОХС, ИММЛЖ, ТИМ и снижением ЛПВП;  $p < 0,05$ ),- позволяет рассматривать маскулинные стереотипы личности как предикторов РАГ, вне зависимости от биологического пола [1-А, 5-А].

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. Вне зависимости от биологического пола, наличие прямой взаимосвязи между СП и IS ( $r=0,593852$ ;  $p < 0,05$ ) при РАГ указывает на учащение маскулинных стереотипов личности на фоне традиционной СУ и составляет характерную гендерную структуру пациентов среднего возраста, способствующая развитию недостаточной эффективности АГТ [3-А, 4-А, 6-А].

3. 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 [7-А].

4. 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 ( $r= 0,56227$ ) [8-А].

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 [2-А, 5-А].

### **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 высокомаскулинными) 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 литературы

1. Агеев В.С. Психологическое исследование социальных стереотипов / В.С.Агеев [и др.] // Вопросы психологии. – 1986. – № 1.с. 95-99.
2. Алёшина Ю.Е. Социально - психологические методы исследования супружеских отношений/ Ю.Е. Алёшина, Л.Я. Гозман, Е.М. Дубовская// М., 1987.
3. Андреева Т.В. Социальная психология семьи /Т.В. Андреева - монография, СПб., Изд-во Санкт-Петербургского университета, 2006.
4. Артериальная гипертония / М.Г. Глезер, И.В. Киселева, М.В Новикова [и др.]// М., Медиком,- 2011; -150 с.
5. Артериальная гипертония с угрозой развития мозгового инсульта: клинические особенности, суточные профили артериального давления и терапия антагонистами рецепторов ангиотензина-11 / В.Б. Симоненко, А.Я. Фисун, Е.А. Широков [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.- 2005,4 (3) ч.1, с. 29-34.
6. Артериальная гипертония: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации. / С.А. Шальнова, Ю.А. Баланова, В.В. Константинов [и др.] // Рос. кардиол. журн.- 2006. – 4.- 45–50.
7. Асташкин Е.И. Ожирение и артериальная гипертония. / Е.И. Асташкин, М.Г. Глезер// Проблемы женского здоровья 2008; 4 (3):23–33.
8. Бабушкина А.В. О проблеме неконтролируемой артериальной гипертензии /А.В. Бабушкина/ Український медичний часопис.- 2011. – С. 73-79.
9. Безродная Л.В. Резистентная (рефрактерная) артериальная гипертензия / Л.В. Безродная [и др.] // Артериальная гипертензия. — 2011. — Т. 19, № 5. — С. 5-9.
10. Берн Ш. Гендерная психология – СПб / Ш.Берн // Прайм – ЕВРОЗНАК-2001.- 212 с.

11. Бритов А.Н. Резистентная артериальная гипертония: современные подходы к диагностике и лечению / А.Н. Бритов [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2007. – №2. – С.38-42.
12. Бубнова М.Г. Лечение больных артериальной гипертонией: от общих принципов к конкретному пациенту/М.Г. Бубнова, Р.Т. Сайгитов // Проблемы женского здоровья, 2013. - №3, том 4. – с.25-35.
13. Ведение женщин с сердечно-сосудистым риском в пери- и постменопаузе: консенсус российских кардиологов и гинекологов/И. Е. Чазова, В.П. Сметник, В. Е. Балан [и др.]// Consilium Medicum.-2008.-Т.-10.-№6.-С.5–18.
14. Возможности улучшения контроля артериальной гипертонии путем рационального использования диуретиков по результатам российской научно-практической программы АРГУСС - 2. /Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская, С.В. Виллевалде [и др.]// Кардиоваскулярная терапия и профилактика -2007; 6 (3): 61–7.
15. Гендерная медицина: одни и те же болезни протекают у мужчин и женщин по-разному. <http://www.rbcdaily.ru/autonews/562949986360393> /Ирина Юзбекова// Отправлено 26.03.2013 г. -00:05.
16. Гендерная оценка ремоделирования сердца у пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией / В.И. Рузов, М.А. Мельникова, Н.В. Олезов, Х. Халаф [и др.] // Ульяновский медико-биологический журнал. 2012.- № 1. – с. 5-12.
17. Гендерные стереотипы в меняющемся обществе / Под ред. Н.М. Римашевской. – М., 2009.
18. Гистерэктомия как звено сердечно-сосудистого континуума / В. И. Подзолков, А. Е. Брагина, Т. И. Никитина, Н. М. Подзолкова [и др.] // Кардиоваск. терапия и профилактика. -2010. Т. 9. № 3. С. 73–79.
19. Глезер М.Г. Артериальная гипертония у женщин в условиях поликлинической практики / М.Г. Глезер, Р.Т. Сайгитов // Результаты эпидемиологического исследования АФИНА. Проблемы женского здоровья - 2009; 4 (1); 5–17.

20. Глезер М.Г. Комбинированная терапия как первый шаг при лечении артериальной гипертензии / М.Г. Глезер [и др.]// Терапевтический архив.- 2005.- 77 (10).-93–6.
21. Горбунов В.М. Некоторые вопросы практического использования суточного мониторирования артериального давления /В.М. Горбунов//Клиницист, -2008. - № 3. – С. 30-40.
22. Диагностика и лечение артериальной гипертензии (Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии // Кардиологический вестник, 2015. - №1, С. 5-30.
23. Дугин А. Г. «Социология пола (Структурная социология)» / А. Г. Дугин //«Структурная социология». — М.- 2010.
24. Жижина С.А. Комбинированная терапия артериальной гипертензии: что нового?/ С.А. Жижина, О.Д. Остроумова, С.В. Пауков [и др.] // РМЖ, Кардиология . - 2007, том 15. - № 20. – с.1466.
25. Жолондз М. Я. Новый взгляд на гипертензию: причины и лечение / М. Я. Жолондз // М.: Питер, 2011. — С. 192. — ISBN 978-5-49807-882-3
26. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины / Е.П. Ильин // Спб.: Питер,- 2007.- 544 с.
27. Использование метода радиочастотной абляции превертебральных симпатических ганглиев и нервных волокон почечных артерий у пациентов с артериальной гипертензией и сопутствующей патологией сердца /Г.В. Кнышов, Б.В. Бацак, Б.Н. Гуменюк [и др.]// Артериальная гипертензия.-2008.-4.- 24–28.
28. Исследование ПРОЛОГ: снижение риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных артериальной гипертензией под влиянием антигипертензивной терапии / С.А. Шальнова С.Ю. Марцевич, А.Д. Деев [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2005. - 34 (4).- с. 11–15.
29. Кан-Малик В.А. Грамматика общения.- Грозный, 1998. 68 с.
30. Карпов Ю.А. Ишемическая болезнь сердца в сочетании с артериальной гипертензией: особенности течения и лечения / Ю.А. Карпов, Е.И.

Чазова//Руководство по артериальной гипертонии.- М.: Медиа Мед. - 2005. – 784 с.

31. Карпов Ю.А. Неконтролируемая артериальная гипертония – новые возможности в решении проблемы эффективности лечения / Карпов Ю.А. [и др.] // Кардиология. – 2012. – № 2. – С. 29–35.

32. Качество профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений у больных сахарным диабетом 2 типа в амбулаторных условиях./ Р.Г. Оганов, В.К. Лепяхин, С.Б. Фитилев [и др.] // Кардиоваск. тер. и профилак. -2008; 7(7): 9–14.

33. Ким Л. Исследовательский проект «Влияние социальных факторов на понимание гендерных ролей»/Л. Ким [и др.] // Программа Центрально-Азиатские Инициативы Исследований, ИОО - Будапешт, Ташкент, -2002.-С.29-37.

34. Кирилина А.В. Гендерные исследования в лингвистике и теории коммуникации / А.В. Кирилина [и др.] // М. РОССПЭН, -2008.-С.25-31.

35. Клецина И.С. Гендерная социализация: Учебное пособие. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена,- 1998.- 120 с.

36. Клиническая психология: учебник / Б. Д. Карвасарского [и др.] // СПб.: Питер,- 2002.

37. Кобалава Ж.Д. Комбинированная терапия в современной стратегии артериальной гипертонии. Обзор данных по эффективности и безопасности применения фиксированной комбинации валсартана и гидрохлортиазида./ Ж.Д. Кобалава, С.В. Виллевальде// Кардиология -2006; С.46- 87.

38. Ковалева М.Д. Гендерные исследования и медицина / М.Д. Ковалева, М.Н. Шляпникова // Социология медицины-2003.-№ 1(2).- 0,5 шт.

39. Козлов В.В. Гендерная психология / В.В. Козлов, Н.А. Шухова //Москва, - 2010.- 289 с.

40. Козловская, И.Л. Лечение резистентной артериальной гипертонии: новые перспективы / И.Л. Козловская, О.С. Булкина // Русский медицинский журнал. – 2012. – Т. 20, № 25. – С. 1238–1243.

41. Колос И.П. Терещенко С.Н. и др. Риск сердечно-сосудистых осложнений у больных частыми гипертоническими кризами / Колос И.П. [и др.] // Терапевтический архив. -2009. - Т. 81(9). С. 9–12.
42. Кон И.С. Мужские исследования: меняющиеся мужчины в изменяющемся мире//Введение в гендерные исследования. Ч.1: Учебное пособие/ Под ред. И.А. Жеребкиной – Харьков: ХЦГИ, 2001; Алетейя, СПб., 2002. - с. 571-572.
43. Конради А.О. Комбинированная терапия «на старте» лечения артериальной гипертензии. Расширение показаний. / А.О. Конради [и др.] // Артериальная гипертензия -2009; 15 (1): 43–9.
44. Конради А.О. Консервативная лекарственная терапия пациентов с резистентной артериальной гипертензией — время компромисса / А.О. Конради [и др.] // Медицинский совет (кардиология).- 2013.- №9.- с. 17-28.
45. Куницына В.Н. Межличностное общение / В.Н. Куницына, Н.В. Казаринова, В.М. Поголыпа //СПб., 2001.- 544 с.
46. Лазебник Л.Б. Лечение артериальной гипертензии у больных старших возрастов с высоким риском развития сердечнососудистых осложнений / Лазебник Л.Б. [и др.] // Росс. кардиол. -2006.- № 5 (61). С. 82–87.
47. Левин О.С. Контроль артериального давления в остром периоде инсульта /О.С. Левин [и др.]// Болезни сердца и сосудов. -2010.–1. – С. 53—60.
48. Леонова М.В. Аналитическая группа исследования ПИФАГОР. Анализ врачебной практики проведения антигипертензивной терапии в России (по данным исследования ПИФАГОР III)/М.В. Леонова [и др.] // Фарматека.- 2009. - № 12.- С. 98–103.
49. Ливенцева М.М. Виды рефрактерности к антигипертензивной терапии и возможные пути ее преодоления./ М.М. Ливенцева, Т.А. Нечесова // Медицинские новости. -2013.- 4. – С. 16–20.
50. Луковицкая Е.Г. Введение в гендерные исследования. Учебное пособие / Е.Г. Луковицкая // В. Новгород. – 2002. - 88 с.

51. Метелица А.С. Психологические основы гендерной социализации личности: методические рекомендации / А.С.Метелица и Н.М.Медведская // под ред. А.А. Стреленко — Витебск: УО «ВОГ ИПК и ПРР и СО», 2008. – 32с.
52. Назарова И.Б. Здоровье занятого населения. – М., 2007.
53. Наймушина А.Г. Гендерные аспекты стресс-индуцированной артериальной гипертензии/ А.Г. Наймушина, С.В. Соловьева // Вестник Тюменского государственного университета. -2014. № 6.- с.150-156.
54. Никитин Е.П. Феномен человеческого самоутверждения / Е.П. Никитин, Н.Е. Харламенкова// СПб.: Алетейя. - 2000. - 224 с.
55. Новые российские рекомендации по АГ – приоритет комбинированной терапии Российское медицинское общество по артериальной гипертензии. Секция доказательной гипертензиологии. Информационное письмо// Лечебное дело, 2011. -№3. – с. 106 - 112.
56. Нормализующее влияние фелодипина на показатели суточного профиля артериального давления /А.М. Русина, В.Ф. Мордовин, А.Ю. Фальковская [и др.] //Сибирский медицинский журнал (Томск). – 2009.– Т. 24, № 1.– С. 29–34.
57. Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка: 80000 слов и фразеологических выражений/ С.И.Ожегов, Н.Ю. Шведова//Российская академия наук. Институт русского языка им. В.В. Виноградова. – 4-е изд., дополненное. – М.: ООО «Издательство ЭЛПИС», 2003.
58. Оганов Р.Г. Эпидемиология артериальной гипертензии в России. Результаты федерального мониторинга /Р.Г. Оганов, Т.Н. Тимофеева, И.Е. Колтунов [и др.] //Кардиоваск. терапия и профилактика. – 2011. – Т. 10(1). – С. 812.
59. Определение целевых уровней артериального давления при гипотензивной терапии у больных с тяжелой, резистентной к терапии, артериальной гипертензией/ В.А. Люсов, В.И Харченко, В.А. Какорин [и др.] // Российский кардиологический журнал. - 2008. - № 2 (70). – С.67-81.
60. Особенности изменений показателей сосудистой жесткости у пациентов с артериальной гипертензией, рефрактерной к гипотензивной терапии/ Е.С.

Ситкова, В.Ф. Мордовин, В.А. Личикаки [и др.] //Сибирский медицинский журнал, 2013. - Том 28. - № 2. – с.25-28.

61. Остроумова О.Д. Артериальная гипертензия у пожилых. В кн. Руководство по артериальной гипертензии / О.Д. Остроумова [и др.] // М.: Медиа Медика, 2005. - с. 490–507.

62. Плейко О.А. Анализ экономической эффективности различных тактик подбора антигипертензивной терапии в амбулаторных условиях /О.А. Плейко, А.О. Конради//Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии -2008.- №4.- с.4—46.

63. Подзолков В. И. Эссенциальная артериальная гипертензия у женщин или женская артериальная гипертензия? / В. И. Подзолков, А. Е. Брагина // Кардиоваск. терапия и профилактика.- 2012. Т. 11. № 1. С. 79–84.

64. Подзолков В.И. Комбинированная терапия артериальной гипертензии: фокус на лечение женщин /В.И. Подзолков, А.Е. Брагина//Лечебное дело,- 2013. - №2. – с.31-38.

65. Подзолков В.И.Фиксированная комбинация бисопролола и гидрохлоротиазида в лечении артериальной гипертензии у женщин: неоправданный риск или обоснованный выбор?/ В.И. Подзолков, А.Е. Брагина // РМЖ, -2013.- №12.- с.606-611.

66. Пособие по гендерному анализу / Перевод осуществлен по заказу Канадского фонда поддержки российских женщин: Gender-based Analysis Backgrounder. Women's Bureau. Strategic Policy Branch. March 1997. Prepared by Marika Morris, HRDC, 1997. М.: "Эслан", 2001.

67. Приверженность к лечению сердечно-сосудистых заболеваний: проблема врачей и пациентов./ Г.В. Погосова, И.Е. Колтунов, Г.Ю. Мелик Оганджян [и др.] // Кардиоваск. тер. и профил. -2009; 8(4): 98–102.

68. Применение антигипертензивного препарата комбинированного действия урапидила в клинической практике /Н.И.Гапонова, В.Р. Абдрахманов, Н.Ф. Плавунцов [и др.]//Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2009; 9: 1: 107—112.

69. Причины резистентности к терапии пациентов с артериальной гипертензией / И. В. Емельянов, Н. Г. Авдоница, В. В. Иваненко [и др.] // Бюллетень Федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, 2010.- № 95. - с. 27-30.
70. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (второй пересмотр). М.: ВНОК,- 2004.
71. Психология семьи. Хрестоматия / Под ред. Д.Я. Райгородского// Издат. дом «Бахрах-М». – Самара. - 2002.- 291 с.
72. Развитие специализированной гендерной медицины является главным требованием будущего. [http://www.med312.ru/health\\_news/2197.html/](http://www.med312.ru/health_news/2197.html/)  
Отправлено 11 апреля -2013 г.
73. Реан А.А. Психология изучения личности / А.А. Реан // Учебное пособие. – СПб. -1999. – 288 с.
74. Регистр резистентной артериальной гипертензии – РЕЗИСТЕНТНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ АРТТЕРИАЛЬНАЯ (РЕГАТА): программа исследования. / И.Е Чазова, В.В. Фомин, М.А. Разуваева [и др.] // Cons. Med.- 2009; 11(10): 5–9.
75. Резистентная артериальная гипертензия: диагноз, оценка и лечение (2008). Научный отчет Американской ассоциации сердца (АНА) <http://www.americanheart.org>
76. Резистентная и неконтролируемая артериальная гипертензия в Российской Федерации: эпидемиологическая характеристика и подходы к лечению (Российский регистр неконтролируемой и резистентной артериальной гипертензии РЕГАТА "Резистентная Гипертензия Артериальная") / И.Е. Чазова, В.В. Фомин, М.А. Разуваева, А.В. Вигдорчик // Кардиологический вестник. – 2011. – № 1 (XVIII). – С. 40–48.
77. Результаты амбулаторной программы эффективного лечения рефрактерной артериальной гипертензии/М.М. Батюшин, И.В. еревянкина, М.З. Гасанов [и др.]//Рациональная фармакотерапия в кардиологии.–2007. – №2.–С.38-42.

78. Ренальная денервация при резистентной артериальной гипертензии /В.А. Сулимов, А.В. Родионов, А.А. Светанкова [и др.] // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. -2013. - 9 (3). – 274 – 279.
79. Рогачева Т.В. Мужские и женские стереотипы отношения к здоровью в современной России. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 4. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: чч.мм.гггг).
80. Российский опыт лечения артериальной гипертензии у мужчин и женщин (по результатам российского исследования по оптимальному снижению артериального давления (РОСА) 2 года наблюдения)/ И.Е.Чазова, Л.Г. Ратова, Ю.Н. Беленков [и др.]//Проблемы женского здоровья.- 2006.- 1(1).-6 - 30.
81. Семейная психология / Т.В. Андреева. - Учеб. пособие. — СПб.: Речь, 2004. — 244 с.
82. Сидоров П. И. Алгоритм оценки качества жизни больных с психосоматическими заболеваниями/ П.И. Сидоров, А.Г. [и др.]// Тер. архив.- 2004. - №10.- С.36-43.
83. Силласте Г.Г. Гендерная социология как частная социологическая теория/ Г.Г. Силласте [и др.]//Социологические исследования-2008.-11.-С.5-15.
84. Скворцова В.И. Артериальная гипертензия и цереброваскулярные нарушения (с. 217-246). В кн. Руководство по артериальной гипертензии /В.И. Скворцова Е.И.Чазова // М.: Медиа Медика,- 2005.-с.784.
85. Сравнительная эффективность лечения фиксированными комбинациями различных доз рамиприла и гидрохлоротиазида/ И.Е. Чазова, Т.В. Мартынюк, Д.В. Небиеридзе [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2010. – Т. 9. - №4. – С. 25-31.
86. Стоимость стационарного лечения болезней органов дыхания и системы кровообращения в гендерном аспекте (по данным ОМС Красноярского края) /Т.П. Сабгайда, В.Н. Янин, А.Ю. Тодышев [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. -2009.- Т. 11. № 3. С. 14-28.

87. Уэст К. Создание гендера (doing gender) / К Уэст, Д. Зиммерман // Гендерные тетради. Вып. 1 СПб.- 1997. - С.107-109.
88. Хамидов Н.Х. Содержание белков острой фазы у больных резистентной артериальной гипертонией. /Н.Х. Хамидов, Х.Ё. Шарипова, А.Н. Хамидова//В кн.:Вклад биохимиков Таджикистана в развитие биологической науки. Душанбе, 2003. - с. 121-122.
89. Хамидова А.Н. Клинико-иммунологические особенности возникновения и течения резистентной артериальной гипертонии //дисс. на соис. ученой степени канд. медицинских наук//Душанбе, -2004. – 25 с.
90. Хвостов А.А. Гендерные особенности организационного поведения // Вопросы психологии. - 2004. - №3. - с. 29-37.
91. Цибулькин Н.А. Резистентная гипертония: от синдрома к диагнозу/ Н.А. Цибулькин [и др.] //Практическая медицина. - №3 (71).-2013.- с. 7-11.
92. Чазова И.Е. Комбинированная терапия артериальной гипертонии: просто о сложном / И.Е.Чазова, Л.Г. Ратова // Cons. med. -2006; 8(5): 5–11.
93. Чазова И.Е. Комбинированная терапия артериальной гипертонии. с 655–676. В кн. Руководство по артериальной гипертонии / И.Е. Чазова, Л.Г. Ратова // Медиа Медика,- 2005. – 784 с.
94. Чазова И.Е. Резистентная артериальная гипертензия. / И.Е. Чазова, В.В. Фомин // Системные гипертензии Тер. арх. -2008; 6: 9- 72.
95. Чазова И.Е. Резистентная и неконтролируемая артериальная гипертензия: проблема XXI века / И.Е. Чазова [и др.]//Фарматека.–2011.–№5.–С. 8–13.
96. Чазова И.Е. Артериальная гипертония и синдром обструктивного апноэ во время сна. / Е.И.Чазов [и др.] // Руководство по артериальной гипертонии. М.: MediaMedica, - 2005; с. 182–200.
97. Шальнова С.А. и соавт. Артериальная гипертония: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации. / С.А. Шальнова [и др.] // Российский кардиологический журнал.- 2006;4:45-50

98. Шальнова С. А. Масса тела у мужчин и женщин (результаты обследования российской, национальной, представительной выборки населения) / С. А. Шальнова, А. Д. Деев // Кардиоваск. терапия и профилактика. 2008. Т. 7. № 6. С. 60–63.
99. Шальнова С. А. Тенденции смертности в России в начале XXI века (по данным официальной статистики). /С. А. Шальнова, А. Д. Деев // Кардиоваскулярная терапия и профилактика- 2011, 10 (6), 5–10).
100. Шарипова Х.Ё. Клинические особенности течения резистентной(рефрактерной) артериальной гипертонии / Н.Х. Хамидов[и др.]// Паёми Сино, 2013.- № 1- с. 68-73.
101. Шейнов В.П. Психология власти / В.П. Шейнов//М., 2003. - 528 с.
102. Шейнов В.П. Психология влияния: скрытое управление, манипулирование и защита от них / В.П. Шейнов// М., 2002. - 720 с.
103. Шляхто Е.В. Анализ “Седьмого отчета Совместной национальной комиссии по предупреждению, выявлению, оценке и лечению высокого артериального давления США” ((JNC V11).) / Е.В. Шляхто, А.О. Конради // Сердце – 2005, том 4, № 3 (21), с.154–155.
104. Шухова Н.А. Взаимосвязь содержания гендерной идентичности и социально-психологической адаптации мужчин в период ранней зрелости // Социальная психология XXI столетия. Т. 2 / Н.А. Шухова, В. В. Козлова.— Ярославль: МАПН,- 2005. С. 316—324.
105. Шухова Н.А. Исследование типов гендерной идентичности мужчин методом факторного анализа ее содержания /Н.А. Шухова А.М. Голубев// Психотехнологии в социальной работе. Под ред. проф Козлова В.В. Ярославль. - 2005. С. 327-336.
106. Эндоваскулярная радиочастотная денервация почечных артерий – инновационный метод лечения рефрактерной артериальной гипертонии. Первый опыт в России / Н.М. Данилов, Ю.Г.Матчин, И.Е. Чазова [и др.] // Ангиол. и сосуд. хирургия. – 2012. – № 18(1). – С. 51–56.

107. Эмпирическое исследование установок личности на себя / М.Кун, Т.Макпартленд // Современная зарубежная социальная психология: тексты / [под ред. Г.М.Андреевой, Н.Н.Богомоловой, Л.А.Петровской]. – М., 1984.
108. Эпидемиологическая характеристика резистентной и неконтролируемой артериальной гипертензии в Российской Федерации (Российский регистр неконтролируемой и резистентной артериальной гипертензии РЕГАТА-ПРИМА «Резистентная гипертензия артериальная — причины и механизмы развития») / И. Е. Чазова, В. В. Фомин, М. А. Разуваева [и др.] // Системные гипертензии. -2010. № 3. С. 34–41.
109. Эффективность и безопасность комбинации амлодипина и валсартана в лечении артериальной гипертензии в условиях реальной клинической практики: первые результаты российского наблюдательного исследования ЭКСТРА / И.Е. Чазова, Ю.А. Карпов, А.В. Вигдорчик [и др.]// Системные гипертензии -2010. № 2. С. 18–26.
110. Эффективность и безопасность фиксированной комбинации амлодипина и валсартана в лечении артериальной гипертензии в условиях реальной клинической практики: результаты Российского наблюдательного исследования ЭКСТРА-2./ Ю.А. Карпов, И.Е.Чазова, А.В. Вигдорчик [и др.] // Системные гипертензии- 2010; 4: 14–20.
111. Ядов. В.А. Социальные и социально-психологические механизмы формирования социальной идентичности личности / В.А. Ядов [и др.] //Мир России.- 1995. -Т.4, М 3-4. С. 158-182.
112. A second generation of centrally acting antihypertensive agents act on putative II-imidazoline receptors / P. Ernsberger, K.L. Westbrook, M.O. Christen [et al.] // J. Cardiovasc. Pharmacol. – 1992. – Vol. 20. – Suppl. 4. – P. S1-S10.
113. Abstract 5854: Prevalence of Truly Resistant Hypertension Prospectively Evaluated in a Clinical Setting/ F.D. Fuchs, D. Massierer, A.C. Tonelli de Oliveira [et al.] // *Circulation*. -2009;120:S1163.
114. ADVANCE Collaborative Group. Effects of fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type

- 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial)//Lancet. -2007.-Vol. 370.- P.829-840.
115. Ambulatory blood pressure monitoring predicts cardiovascular events in treated hypertensive patients - ASCOT substudy / E.A. Dolan, A.V. Stanton, K.H. Parker [et al.] //J. Hypertension 2009; 27:876-885.
116. Anglo–Scandinavian Cardiac Outcomes Trial Investigators. Effect of spironolactone on blood pressure in subjects with resistant hypertension / N. Chapman, J. Dobson, S. Wilson [et al.] // Hypertens. -2007.- Vol. 49. P. 839–845.
117. Artefacts in measurement of blood pressure and lack of target organ involvement in the assesment of patients with treatment-resistant hypertension /A.D. Mejia, B.M. Egan, N.J. Schork [et al.] // Ann. Intern. Med.—1990.—112.— 70-277.
118. ASCOT sub-studes. In: Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial. Latest perspectives on this landmark trial. 3d ed. / N.R.Poulter, P.S. Sever, B. Dahlof [et al.] // Sherborne Gibbs Ltd -2011:35-45.
119. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events: an update of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. / T. Wolff, T. Miller, S. Ko // Ann Intern Med. 17 March, -2009;150:405-410.
120. Bartlett A. Do women need special secure services?/ A. Bartlett, Y. Hassel // Advances of psychiatric treatment. -2001.- № 7. Pp. 302-309.
121. Baseline predictors of resistant hypertension in the Anglo–Scandinavian Cardiac Outcome Trial (ASCOT): a risk score to identify those at high–risk / A.K. Gupta, E.G. Nasothimioua, C.L. Changa [et al.] // J. Hypertens. -2011. -Vol. 29.
122. Bem S.L. Gender schema theory. A cognitive account of sex typing. /S.L. Bem [et al.] Psychological Review, -1981. Pp.120-128.
123. Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients/ K. Jamerson, M.A.Weber, M.A.Bakris [et al.] //N. Engl. J. Med. - 2008. – Vol. 359. – P.2417 – 2428.
124. Black H.R. Management of patients with refractory hypertension in: book Hypertension primer: Theessential of high blood pressure / H.R. Black, J.L. Izzo // Dallas: AHA,- 2003. — 552 p.

125. Blood pressure measures and electrocardiogram defined myocardial infarction in an Iranian population / A.Ghanbarian, A.Rashidi, M. Madjid [et al.] // Tehran Lipid and Glucose trial. *J Clin Hypertens.* -2004;- 6(2): 71–5.
126. *Bradley T. D.* Obstructive sleep apnoea and its cardiovascular consequences/ *T. D. Bradley, J. S. Floras* // *Lancet*- 2009; 373; 9657:82-93
127. Brookes L. New Guidelines for Resistant Hypertension From the AHA, Plus Targets, Treatments, and Marriage. *Medscape* / L. Brookes [et al.] // *Cardiology* - 2008 (<http://www.medscape.com>)
128. Clinical Features of 8295 Patients With Resistant Hypertension Classified on the Basis of Ambulatory Blood Pressure Monitoring./ A. De la Sierra, J. Segura, J.R. Banegas [et al.] *Hypertension.*- 2011;57 (5):898–902.
129. Compliance, safety, and effectiveness of fixed-dose combinations of anti-hypertensive agents: a metaanalysis /A.K. Gupta, S. Arshad, N.R. Poulter [et al.] // *Hypertension.* — 2010. — Vol. 55. — P. 399-407.
130. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence/D.E. Morisky, L.W. Green, D.M. Levine [et al.]// *Med Care.*1986; 24: 67-73.
131. Conroy R.M. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project / R.M. Conroy, K. Pyorala, A.P. Fitzgerald [et al.]// *Eur Heart J*- 2003;- 24:987–1003.
132. Cushman W.C., Ford C.E., Cutler J.A. et al., for the ALLHAT Collaborative Research Group. Success and predictors of blood pressure control in diverse North American Settings: the Antihypertensive and Lipid-Lowering and Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT)//*J. Clin. Hypertens.*–2002.–Vol. 4.–P. 393–404.
133. Daugherty S.L. Incidence and prognosis of resistant hypertension in hypertensive patients/S.L. Daugherty [et al.]//*Circulation.*–2012. –Vol. 125. – P. 1635-1642.

134. Detecting and treating primary aldosteronism: primary aldosteronism. / F. Mantero, M.J. Mattarello, N.M. Albiger [et al.] // *Exp Clin Endocrinol Diabetes* - 2007; 115:171–174.
135. Diagnostic Thresholds for Ambulatory Blood Pressure Moving Lower: A Review Based on a Meta-Analysis / T.W. Hansen, M. Kikuya, L. Thijs [et al.] // *Clinical Implications J Clin Hypertens. (Greenwich)*. -2008; 10(5): 377–81.
136. Eagly A.H. The origins of sex differences in human behaviour: evolved dispositions versus social roles / A.H. Eagly, W. Wood // *American psychologist*. - 1999. - № 54. Pp. 408-423.
137. Effective risk-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women — 2011 update: A guideline from the American Heart Association / L. Mosca, E. J. Benjamin, K. Berra, J. L. Bezanson [et al.] // *Circulation*. -2011. Vol. 123. N 11. P. 1243–1262.
138. Effects of  $\beta$ -blockers and calcium-channel blockers on within-individual variability in blood pressure and risk of stroke. ASCOT-BPLA and MRC Trial Investigators / P.M. Rothwell, S.C. Howard, E. Dolan [et al.] // *Lancet Neurol* - 2010; 9:469-480.
139. Effects of dietary sodium reduction on blood pressure in subjects with resistant hypertension: results from a randomized trial. / E. Pimenta, K.K. Gaddam, S. Oparil, [et al.] // *Hypertension*- 2009; 54:475–481.
140. Effects of time of the day of treatment on ambulatory blood pressure pattern of patient with resistant hypertension / R.C. Hermida, D.E. Ayala, C. Calvo [et al.] // *Hypertension*. – 2005. – Vol.46. – N4. – P. 1053-1059.
141. Egan B.M, Zhao Y., Axon R.N. US Trends in Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension, 1988-2008 / B.M. Egan, Y. Zhao, R.N. Axon // *JAMA*. 2010; 303(20): 2043-2050.
142. Egan B.M. Hypertension. DOI: 10.1161/ B.M. Egan [et al.] // *HYPERTENSIONAHA*. -2013. 113.01448 // <http://hyper.ahajournals.org>

143. Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* / T. Young, P.E. Peppard, D.J. Gottlieb // *Care Med.* -2002; 165: 1217-1239.
144. Erdine S. Resistant hypertension. *European Society of Hypertension Scientific Newsletter*/ S. Erdine [et al.]//*Update on Hypertension Management.*-2003.-4-15.
145. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR) /J. Perk, G. De Backer, H. Gohlke [et al.] // *Eur Heart J* -2012; 33:1635–1701.
146. Examining the intersection of sex and stress in modeling neuropsychiatry disorder / N. Goel, Tracy, L.Bale [et al.] // *J. Neuroendocrinol.* -2009. Vol. 21(4). Pp. 415-420.
147. Fagard R.H. Resistant hypertension /R.H. Fagard[et al.] // *Heart.* – 2012. – Vol. 98. – P. 254-261.
148. For the ALLHAT Group. Blood pressure control in the Antihypertensive and Lipid Lowering treatment to prevent Heart Attack (ALLHAT) / W.C. Cushman, H.R. Black, J.L. Probstfield [et al.]//*Am. J. Hypertens.*-1998.-1.- 11-17.
149. For the Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur). Trial Investigators. Randomised double blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension /J.A. Staessen, R. Fagardык, L. Thijs [et al.] // *Lancet.* — 1999. — 350. — 57-64.
150. Ford E. S. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey / E. S. Ford, W. H. Giles, W. H. Dietz // *JAMA.* -2002. Vol. 287. N 3. P. 356–359.
151. Frohlich E.D. Classification of resistant hypertension / E.D. Frohlich [et al.] // *Hypertension.* — 1988. — 11 (Suppl. II). — 67-70.

152. Furberg C.D. Renin Test-Guided Drug Treatment of Hypertension: The Need For Clinical Trials/ C.D. Furberg [et al.] // *Am. J. Hypertens.* - 2011. – Vol. 24. – N. 11. – P.1158–1163.
153. Gifford R.W. Resistant hypertension: diagnosis and management / R.W. Gifford [et al.] // *Ann. Intern. Med.* —1978. — 88. — 661-665.
154. Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)/ G. Mancia, G. De Backer, A. Dominiczak [et al.] // *Eur. Heart J.* – 2007. – Vol.28. – N12. – P.1462-1536.
155. Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and European Society of Cardiology (ESC)/ G. Mancia, R. Fagard, K.Narkiewicz [et al.] // *J. Hypertens.* - 2013. - Vol. 31.- P. 1281-1357.
156. Hajjar I. Trends in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the United States / I. Hajjar., T. Kotchen // *JAMA.* — 2003. — Vol. 290. — P. 199-206.
157. Heart Disease and Stroke Statistics 2012 Update: A Report From the American Heart Association/ V. L. Roger, A. S.Go, D. M. Lloyd-Jones[et al.] // *Circulation* 2012, 125: e2-e220: originally published online December 15, 2011 <http://circ.ahajournals.org/content/125/1/e2>
158. High Blood Pressure For Dummies. — М.: «Диалектика», -2007. — С. 496. — ISBN 0-7645-5424-7
159. High rate of detection of primary aldosteronism, including surgically treatable forms, after 'non-selective' screening of hypertensive patients/*M. Stowasser, R. D. Gordon, T. G. Gunasekera, D. C. Cowley* [et al.] // *J. Hypert.*- 2003; 21(11):2149-57.
160. Hirsch S. A different approach to resistant hypertension / S. Hirsch [et al.] // *Cleveland Clinical J. of Med.* – 2007. – Vol. 74 (6). – P. 449 – 455.

161. Hypertension treatment and control in five European countries, Canada and the United States / K. Wolf-Maier, R. Cooper, H. Kramer [et al.] // *Hypertension*. — 2004. — Vol. 43. — P. 10-17.
162. Inadequate management of blood pressure in a hypertensive population / D.R. Berlowitz, A.S. Ash, E.C. Hickey [et al.] // *N. Engl. J. Med.* — 1998. — 339. — 1957-1963.
163. Kaplan N.M. Resistant hypertension. / N.M. Kaplan [et al.] // *J Hypertens.* - 2005;23 (8):1441–1444.
164. Left ventricular mass: allometric scaling, normative values, effect of obesity and prognostic performance. / J.A. Chirinos, P. Segers, M.L. De Buyzere [et al.] // *Hypertension* -2010; 56:91–98.
165. Lohmeier T.E. Chronic Lowering of Blood Pressure by Carotid Baroreflex Activation. Mechanisms and Potential for Hypertension Therapy / T.E. Lohmeier, R. Iliescu [et al.] // *Hypertension*. – 2011. – Vol. 57. – P. 882 - 886.
166. Long-term effectiveness of extended- release nitrate for the treatment of systolic hypertension / G.S. Stokes, A.J. Bune, N. Huon [et al.] // *Hypertension*. - 2005. - Vol. - N3. - P.:380 – 384
167. Management of cardiovascular risk in the perimenopausal women: a consensus statement of European cardiologist and gynaecologist / P. Collins, G. Rosano, C. Casey, C. Daly [et al.]//*Eur. Heart. J.*- 2007 -Vol. 28. N 16. P. 2028–2024.
168. Mancia G. European Society of Hypertension/ G.Mancia [et al.] // *J. Hypertens.* -2009. -V. 27. № 11. P. 2121.
169. Mechanisms and Treatment of Resistant Hypertension. / E. Pimenta, K.K. Gaddam, S. J . Oparil [et al.] // *Clin Hypertens* -2008; 10(3): 239-244.
170. Moller-leimkuhler A. M. Gender differences in cardiovascular disease and comorbid depression / A. M. Moller-leimkuhler [et al.] // *Dialogues. Clin. Neurosci.* - 2007. Vol. 9(1). Pp. 71-83.
171. Moller-leimkuhler, A. M. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? / A. M. Moller-leimkuhler [et al.]// *Eur. Arch. Psychiatry. Clin. Neurosci.*- 2003. Vol. 253(1). Pp. 1-8.

172. Murray C.J.L. The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 / C.J.L. Murray, A.D. Lopez// Harvard School of Public Health, World Bank, World Health Organization. 1996.
173. Normokaliemichyperaldosteronism in patients with resistant hypertension/ S. Bencheffrits, J. Bethlein, E. Podjarny [et al.]//Isr. Med. ASSOC. J.- 2002. - 1. - 17-20.
174. Persell S.D. Prevalence of resistant hypertension in United States / S.D. Persell[et al.] // Hypertension. – 2011. – Vol. 57. – P. 1076 – 1080.
175. Pierdomenico S.D. Prognostic value of white-coat and masked hypertension diagnosed by ambulatory monitoring in initially untreated subjects: an updated meta analysis./ S.D. Pierdomenico, F. Cuccurullo//Am J hypertens -2011; 24:52–58.
176. Position paper on the management of patients with obstructive sleep apnea and hypertension: joint recommendations by the European Society of Hypertension, by the European Respiratory Society and by the members of European COST (Cooperation in Scientific and Technological research) ACTION B26 on obstructive sleep apnea. /G. Parati, C. Lombardi, J. Hedner, M.R. Bonsignore [ et al]. // J Hypertens -2012; 30:633–646.
177. Prognostic significance of visit-to-visit variability, maximum systolic blood pressure, and episodic hypertension./ P.M. Rothwell, Howard, Dolan E. et al. Lancet 2010;375:895-905.
178. Recommendations for chamber quantification./ R.M. Lang, M. Bierig, R.B. Devereux [et al.] // Eur J Echocardiogr 2006; 7:79–108.
179. Renal Sympathetic Denervation for Treatment of Drug-Resistant Hypertension. One-Year Results From the Symplicity HTN-2 Randomized, Controlled Trial / M.Esler, H. Krum, M. Schlaich [et al.]//Circulation.–2012.–Vol.126.–P.2976– 2982.
180. Resistant Hypertension Revisited: A Comparison of Two University-Based Cohorts./ J.P. Garg, C.W. Elliott, A. Folker [et al.] Am. J. Hypert.- 2005; 18(5): 619-626.

181. Resistant hypertension: comparing hemodynamic management to specialist care / Taler S.J., Textor S.C., Augustine J.E. // *Hypertension*. - 2002. – Vol. 39. – P. 982-988.
182. Resistant Hypertension: Diagnosis, Evaluation, and Treatment. A Scientific Statement From the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research. / D.A. Calhoun, D.Jones, S. Textor [et al.] *Hypertension*. -2008;- 51:1403-1419.
183. Results of a retrospective, observational pilot study using electronic medical records to assess the prevalence and characteristics of patients with resistant hypertension in an ambulatory care setting / C. Xiangyang, C. Sung Jennifer, D. Brixner [et al.] // *ClinTher*- 2009 May;31(5):1116-23.
184. SHEP Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension: final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP) // *JAMA*. – 1991. – Vol. 265(24). – P. 3255 – 3264.
185. Spence J.T. Masculinity and femininity: Their psychological dimensions, correlates and antecedents. Austin/ J.T. Spence, R.Helmrich // University of Texas Press. -1978.
186. The Demographic Yearbook of Russia. 2010. Federal State Statistical Service (Rosstat). Moscow,- 2010. (Демографический ежегодник России, 2010).
187. The Felodipine Event Reduction (FEVER) Study: a randomized long-term placebo controlled trial in Chinese hypertensive patients/ I. Liu, Y. Zhang, G Liu, W.Li [et al.] // *J.Hypertens*. - 2005. - Vol. 23. - P.2157-2172.
188. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, avaluation and treatment of high blood pressure. The JNS 7 report / A.V. Chobanian, G.L. Bakris, H.R. Black [et al.] // *JAMA*, -2003; V.289; p.2560–2572.
189. Uncontrolled and apparent treatment resistant hypertension in the U. S. 1988–2008. / B.M. Egan, Y. Zhao, R.N. Axon [et al.] // *Circulation*.- 2011. – 124 (9). - 1046–1058.

190. Viera AJ. Resistant hypertension. / A.J. Viera [et al.] // J Am Board Fam Med. - 2012. - 25 (4). - 487–495.
191. Weber M.A. Cardiovascular outcomes in hypertensive patients: comparing singleagent therapy with combination therapy / M.A. Weber [et al.]// J. Hypertens. - 2012. - 30: 2213– 2222.
192. WHO (2014) Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире (2014). «Достижение девяти глобальных целей по НИЗ, общая ответственность». World Health Organization, Geneva.
193. Zigmond A.S. //Acta Psychiatr./ A.S. Zigmond, R.P. Snaith // Scand. - 1983. - Vol. 67. - P.361-373.

## **Список публикаций соискателя ученой степени кандидата медицинских наук**

### **Статьи в рецензируемых научных журналах**

- 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 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.НегматоваГ.М. Чараёни бемории гипертонияи шараёни дар шахсони миёнсол хангоми якҷояшавии дастурҳои анъанавии оилави ва стереотипҳои мардсифати гендери / 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 гипертония / Г.М. Негматова, Х.Я. Шарипова// Материалы 66- годичной научно - практической конференции ТГМУ, Душанбе.-2018.- с.514-516.

## ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

### 1. Выделение пациентов с АГ на стационарном этапе

Изучение медицинской документации 382 пациентов среднего возраста с первичной артериальной гипертонией, готовящихся к выписке из стационара. Задачи:

1. Установление соответствия критериям включения
2. Анализ динамики АД в период стационарного лечения.
3. Установление соответствия стационарного обследования рекомендациям РМОАГ.
4. Установление наличия исследования органов мишеней и факторов риска.
5. Выделение группы пациентов с недостаточной эффективностью АГТ.

### Динамическое наблюдение (2 месяца, 3 визита)

#### Задачи врача:

- Исключение «псевдорезистентности».
- Контроль выполнения врачебных рекомендаций.
- Оценка эффективности и переносимости АГТ.
- При необходимости коррекция лечения (снижение дозы или отмена препаратов, обладающих прессорным действием; создание более оптимальной схемы гипотензивной терапии)
- Контроль динамики АД.

#### Задачи больного:

- Выполнение врачебных рекомендаций.
- Проверка соответствия прибора для самоконтроля АД.
- Проведение СКАД.
- Ведение дневника (указание АГТ, дозы и АД).
- Визит к врачу каждые 3 недели.
- Обращение к врачу по всем вопросам, связанным со здоровьем.

### Выделение 2-х групп пациентов с артериальной гипертонией (по 80 чел.)

1. Резистентной артериальной гипертонией (РАГ)
2. Контролируемой артериальной гипертонией (КАГ)

### 2. Изучение гендерных стереотипов личности и семейных установок (ролей)

- Диагностика стереотипов маскулинности/ фемининности по С.Бэм;
- Определение стереотипов семейных установок.

**3. Определение наличия и степени выраженности факторов, определяющих особенности течения АГ (в том числе, с использованием данных историй болезни и амбулаторных карт):**

- Факторов риска (вредные привычки, длительность АГ, увеличение массы тела за последние 5 лет, самооценка перспектив состояния здоровья, частые стрессовые ситуации, побочные эффекты антигипертензивных препаратов).
- СОАС (по шкале сонливости Epworth и модифицированной анкете Страдлинга),
- Поражения органов мишеней (сердца и сосудов - ЭКГ, ЭхоКГ; НПЦВН (по формализованному опроснику, разработанному в НИИ неврологии АМН РФ, почек по СКФ).
- Липидного спектра крови (ОХС, ХС-ЛПВП, триглицериды).

**4. Изучение психо-социальных сдвигов и суммарного кардиоваскулярного риска.**

- КЖ по опроснику для психосоматических больных (Сидоров П. И. и др.);
- Уровни тревоги/депрессии по госпитальной шкале ( ZigmondA.S. и SnaithR.P.);
- Уровни стресса (по шкале психологического стрессаL.Reeder, модифицированной О.С. Копиной с соавт.).
- Приверженности к терапии по Мориски–Грин.
- Суммарного кардиоваскулярного риска.

**5. Сопоставление полученных данных, изучение взаимосвязи показателей.**

Выявление групп риска по развитию резистентности к антигипертензивной терапии