

ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ ЛИЧНОСТИ И СЕМЕЙНЫЕ УСТАНОВКИ У БОЛЬНЫХ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Г.М. НЕГМАТОВА¹, Х.Ё. ШАРИПОВА², Ф.Н. АБДУЛЛОЕВ², А.А. ШЕРБАДАЛОВ²

¹ Кафедра внутренних болезней № 1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

² Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель: изучить влияние гендерных стереотипов личности (ГТЛ) и семейных установок (СУ) на течение артериальной гипертонии (АГ) у пациентов среднего возраста.

Материал и методы: обследовано 160 больных АГ, находившихся под наблюдением в течение не менее двух месяцев после стационарного лечения. Пациенты были распределены на 2 группы: I группа – 80 человек (мужчин – 34, женщин – 46, средний возраст 53,2±0,45 года) с резистентной АГ; II группа – 80 больных (мужчин – 36, женщин – 44, средний возраст 53,3±0,5 года) с контролируемой АГ. У всех больных изучены ГТЛ по основному индексу (IS) и СУ по семейному показателю (СП) при сопоставлении с приверженностью к лечению и кардиоваскулярному риску.

Результаты: частыми ГТЛ при АГ явились маскулинный и высокомаскулинный, выявленные у 71,3% больных с резистентной и у 52,7% пациентов с контролируемой АГ. Установлены умеренная положительная взаимосвязь между IS и СП ($r=0.593852$; $p<0.05$) и снижение значений IS до зон маскулинности и высокомаскулинности. При сравнении 2 групп установлено, что такое сочетание гендерных характеристик сопровождается значимо низкой приверженностью к лечению (2.1±0.1 и 1.5±0.1) и высоким кардиоваскулярным риском (3.0±0.1 и 3.4±0.1), более выраженными у пациентов с резистентной АГ. Выявлено, что у женщин взаимосвязь гендерных особенностей с показателями, характеризующими тяжесть течения АГ, значимо теснее, тогда как у мужчин указанная взаимосвязь незначительна.

Заключение: сочетание маскулинного типа личности с традиционной СУ у пациентов с резистентной АГ сопровождается снижением приверженности к лечению и повышением суммарного кардиоваскулярного риска, то есть снижает эффективность антигипертензивной терапии и способствует прогрессирующему течению АГ. Выявление предикторов снижения эффективности антигипертензивной терапии с учётом гендерных характеристик личности и семейных установок целесообразно для выделения группы высокого риска по развитию резистентной АГ.

Ключевые слова: артериальная гипертония, резистентная, гендерные стереотипы.

GENDER STEREOTYPES OF THE PERSONALITY AND FAMILY SETTINGS IN PATIENTS WITH RESISTANT ARTERIAL HYPERTENSION

G.M. NEGMATOVA¹, KH.YO. SHARIPOVA², F.N. ABDULLOEV², A.A. SHERBADALOV²

¹ Department of Internal Medicine № 1, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

² Department of Propedeutics of Internal Diseases, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

Objective: To study the influence of gender stereotypes of personality (GSP) and family settings (FS) on the course of arterial hypertension (AH) in middle-aged patients.

Methods: One hundred sixty patients examined with AH who were under observation for at least two months after in-patient treatment. Patients divided into 2 groups: I group – 80 people (men – 34, women – 46, average age 53.2±0.45 years) with resistant hypertension; Group II – 80 patients (men – 36, women – 44, average age 53.3±0.5 years) with controlled hypertension. In all patients, GSP studied for the index staple (IS) and CS for the family settings (FS) in comparison with adherence to treatment and cardiovascular risk.

Results: Frequent GSP with AH was masculine and high-masculine, revealed in 71.3% of patients with resistant and in 52.7% of patients with controlled hypertension. A moderate positive relationship between IS and FS has been established ($r=0.593852$, $p<0.05$) and a decrease in IS values to areas of masculinity and high masculinity. In a comparison of 2 groups, this combination of gender characteristics associated with a significantly low adherence to treatment (2.1±0.1 and 1.5±0.1) and a high cardiovascular risk (3.0±0.1 and 3.4±0.1), more pronounced in patients with resistant AH. It is revealed that women with gender feature indicators of the relationship characterizing the severity of the course of hypertension is much more closely related, whereas in men this relationship is insignificant.

Conclusions: The combination of the masculine type of personality with traditional FS in patients with resistant hypertension accompanied by a decrease in adherence to treatment and an increase in the total cardiovascular risk, that is, it reduces the effectiveness of antihypertensive therapy and promotes the progressive course of hypertension. The identification of predictors of the decrease in the effectiveness of antihypertensive therapy, taking into account the gender characteristics of the individual and family settings, is useful for identifying a high-risk group for the development of resistant AH.

Keywords: Arterial hypertension, resistant, gender stereotypes.

ВВЕДЕНИЕ

Повышенное артериальное давление (АД) является одной из основной причин смертности от сердечно-сосудистых заболе-

ваний. В области изучения проблем эссенциальной артериальной гипертонии (АГ) в 60-80-е годы двадцатого столетия во всём мире отмечался научно-технический прогресс, был разработан ряд антигипертензивных препаратов (АГП), влияющих на разные

звенья патогенеза АГ. Казалось бы, наличие широкого спектра АГП облегчает задачу достижения целевого уровня артериального давления, однако уже к концу столетия стали появляться исследования, свидетельствующие об учащении устойчивых к терапии форм АГ и сложности контроля АД, что в настоящее время, считается одной из актуальных проблем кардиологии [1-4]. Установлено, что недостаточная эффективность фармакотерапии в сочетании с многочисленными способами немедикаментозной коррекции АГ обуславливают достижение целевого уровня АД не более, чем у 30 % пациентов [4, 5]. В этом отношении, особый интерес представляет резистентная АГ – РАГ (отсутствие устойчивого снижения АД до целевых уровней, на фоне применения трёх АГП в полной дозе, включая тиазидный диуретик), которая рассматривается как проблема XXI века [6-9]. Следует отметить, что отсутствие устойчивого снижения АД на фоне применения полной дозы двух АГП разного класса рассматривается как неконтролируемая АГ – НКАГ. Данные крупнейшей программы «ПРОРЫВ» (РМОАГ), основанные на результатах исследования 4115 пациентов с неконтролируемой АГ (включены пациенты как с РАГ, так и НКАГ) в 50 регионах РФ, свидетельствуют о том, что из 3967 пациентов заключительного визита (средний возраст 58,1 лет) только 1197 (29,1%) были в возрасте старше 60 лет, то есть 70,9% больных были в возрасте до 60 лет; при этом женщин было 2531 (61,5%), мужчин – 38,5% [3].

В Таджикистане в течение последних 20 лет проведены исследования по изучению особенностей возникновения резистентности к АГТ, и, согласно полученным результатам, впервые выделена рефрактерная (резистентная) форма изолированной систолической гипертонии старших возрастов, установлена значимость снижения чувствительности синокаротидных барорецепторов и демпфирующей способности синокаротидного барорефлекса в развитии рефрактерности к антигипертензивной терапии [10-12]. Кроме того, интенсивно изучаются и вторичные формы устойчивости к проводимой АГТ [13].

Большая частота АГ у лиц трудоспособного среднего возраста и сложность достижения контроля АД на фоне лечения свидетельствуют о важности изучения данного вопроса [14,15]. По данным Демографического ежегодника России болезни системы кровообращения у лиц среднего возраста составляют более трети всех смертей [16]. Социальные преобразования нередко формируют социальные факторы риска здоровью, которые, в первую очередь, затрагивают трудоспособную группу населения (лиц среднего возраста) и проявляются через индивидуальное поведение личности [17]. Очевидно, что полидетерминированность здоровья человека в современном мире и недостаточная освещённость социальных детерминант в возникновении поведенческих факторов риска в разной степени и по-разному могут проявляться у мужчин и женщин, в зависимости от социальной активности и поло-ролевых качеств [18,19]. В этом ракурсе общепринято рассматривать: 1) маскулинность/фемининность, т.е. набор маскулинных (традиционно характерных для мужчин) и фемининных (традиционно характерных для женщин) характеристик, обозначаемых как стереотип или гендерный тип личности (ГТЛ), определяемый по основному индексу (IS); 2) типы семейных поло-ролевых установок, т.е. семейных установок (СУ) [20].

В Таджикистане, как и в других странах Центральной Азии, высокая динамика социальных детерминант ускоряет процесс трансформации установок о социальной роли женщины в семье (в обществе) не только в сторону эгалитаризации, но и маскулинизации, а именно: вынужденная социальная активность жен-

щин с финансовой поддержкой семьи, появление решительности, независимости и жёсткости у женщин. При таких условиях преодоление существующих гендерных предубеждений, как и гендерных семейных конфликтов, становится фактором, постоянно и негативно действующим на психоэмоциональную сферу личности как мужчин, так и женщин. Учитывая возникающие изменения поведения личности и отношения к своему здоровью, можно рассмотреть возможность влияния гендерных особенностей личности [21] и семейных отношений [22] на снижение эффективности антигипертензивных препаратов с развитием резистентной артериальной гипертонии.

При РАГ степень повреждения органов-мишеней, сердечно-сосудистого риска (КВР) и смертности, по сравнению с общей популяцией пациентов с ГБ, более выражена [12]. В связи с этим, изучение влияния гендерных особенностей личности и семейных отношений на течение артериальной гипертонии представляет важную проблему не только психодиагностики, но и кардиологии. Однако исследования, посвящённые изучению влияния гендерных характеристик на развитие резистентности к антигипертензивной терапии у пациентов среднего возраста, фактически отсутствуют. Единичные работы по изучению гендерных характеристик личности посвящены стресс-индуцированным состояниям и не рассматривают, во-первых, взаимосвязь гендерных стереотипов личности и семейных (поло-ролевых) установок, во-вторых, не изучают их сравнительно в группах пациентов среднего возраста с разной эффективностью АГТ [19]. Решение этих задач может выявить нетрадиционные предикторы РАГ и способствовать оптимизации её профилактики.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выделить гендерные характеристики личности и семейные установки, снижающие эффективность терапии у больных АГ и способствующие развитию резистентной АГ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

ГТЛ и СУ при сопоставлении с приверженностью к лечению и КВР изучены в 2 группах пациентов с АГ, сопоставимых по полу и возрасту:

- первая группа – 80 больных с РАГ, у которых резистентность к проводимой АГТ была установлена при наблюдении в течение, не менее, двух месяцев после стационарного лечения; 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%. У больных этой группы отсутствовало стойкое снижение АД до целевого уровня (ниже 140/90 мм рт. ст.) на фоне применения оптимальных доз трёх АГП разных классов, включая тиазидный диуретик;
- вторая группа – 80 больных с контролируемой АГ, т.е. со стойким снижением АД до целевых уровней на фоне лечения не более, чем 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%.

У всех пациентов изучены гендерные характеристики личности: приверженность гендерным стереотипам маскулинности-фемининности по всемирно признанному опроснику S.L. Bem (1974) с расчётом основного индекса – IS. По его величине

выделяли пациентов с андрогинным (–1 до +1), фемининным (фемининный IS от +1 до +2.025 и высокофемининный – более +2.025) и маскулинным (маскулинный IS от –1 до –2.025 и высокомаскулинный – менее –2.025) стереотипами личности.

Изучение особенностей семейных установок (СУ) проведено по опроснику «Распределение ролей в семье» [20] при подсчёте баллов, а полученные значения условно названы нами семейным показателем – СП. Выделены следующие формы семейных установок:

- традиционная СУ (1-1,99 балла) – это семьи, где все домашние обязанности строго делятся на «мужские» и «женские», и большую часть этих обязанностей выполняет жена;
- эгалитарная СУ (2-2,99 балла) – это семьи, где распределение семейных ролей происходит без разделения их на «мужские» и «женские», им присуща взаимозаменяемость супругов в домашних делах;
- промежуточная СУ (неопределённая, 3-4 балла) – семьи с невыраженным типичным вариантом распределения внутрисемейных ролей.

Оценка приверженности к лечению проведена по Morisky D.E. et al. (1986), категория суммарного кардиоваскулярного риска – согласно клиническим рекомендациям РМОАГ [23].

Сравнение относительных величин проводилось по критерию χ^2 , а абсолютных – по t-критерию Стьюдента. Проведена оценка корреляционных связей («Statistica 10.0») между парами признаков по Пирсону. Различия считались статистически значимыми при $p < 0.05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При изучении гендерных стереотипов маскулинности/фемининности (табл. 1) у пациентов с АГ установлена большая частота маскулинных типов личности (ТЛ) как при РАГ, так и при КАГ (71,25% и 52,5% соответственно, $p < 0.05$).

При сопоставимой частоте фемининных ТЛ в I и II группах, андрогинный ТЛ наблюдается чаще при КАГ (12,5% и 27,5%, соответственно при РАГ и КАГ; $p < 0.05$). Различия сравниваемых групп отмечены и при изучении другого гендерного показателя – семейных установок: при РАГ традиционный тип СУ наблюдается чаще, чем у пациентов с КАГ (50% и 18,8% соответственно; $p < 0.05$).

При изучении частоты сочетания наиболее патогенных гендерных характеристик личности и семьи (маскулинных ТЛ и традиционной СУ) установлено, что из 57 больных с РАГ и маскулинными ТЛ (28 мужчин и 29 женщин), у 37 (64,9%) наблюдалась традиционная семейная установка, в том числе у 26 (92,9%) мужчин и 11 (37,9%) женщин.

Из 42 пациентов с КАГ (22 мужчин и 20 женщин) и маскулинным и высокомаскулинным типами личности у 15 (35,7%) наблюдалась традиционная семейная установка, в том числе у 10 мужчин и 5 женщин. При этом, промежуточная СУ наблюдалась у 27 (64,3%) больных, в том числе у 15 женщин и 12 мужчин.

При изучении взаимосвязи между ГТЛ (по IS) и СУ (по СП) в общей группе больных с РАГ (рис.) установлена положительная умеренная взаимосвязь ($r = 0.593852$; $p < 0.05$) и снижение значений IS до зон маскулинности и высокомаскулинности и учащение, главным образом, традиционной семейной установки.

В общей группе пациентов с КАГ взаимосвязь этих показателей достоверно положительная ($r = 0.235$; $p < 0.05$), но слабая.

Таким образом, частые гендерные ТЛ у пациентов АГ – это маскулинные, которые на фоне РАГ (71,3%) больше сочетаются с традиционной СУ (64,9%). У пациентов с КАГ маскулинные ТЛ чаще всего сочетаются с промежуточной СУ, и такое сочетание наблюдается у 75% женщин с маскулинными типами личности.

Для оценки влияния сочетания этих гендерных характеристик (маскулинных ТЛ и традиционной СУ) на течение РАГ проведено сопоставление приверженности к лечению и суммарного КВР в следующих группах: в общей группе пациентов с РАГ (I группа, вне зависимости от IS и СП, $n = 80$) и в группе пациентов с РАГ, у которых наблюдалось сочетание маскулинных ТЛ с традиционной СУ (II группа, $n = 37$).

Данные таблицы 2 демонстрируют различия между этими группами: при сочетании маскулинных стереотипов личности с традиционной СУ (II группа) отмечается значимо низкая приверженность к лечению ($2,1 \pm 0,1$ и $1,5 \pm 0,1$, соответственно у пациентов I и II групп; $p < 0.001$) и высокий КВР ($3,0 \pm 0,1$ и $3,4 \pm 0,1$, соответственно у пациентов I и II групп; $p < 0.01$).

Приверженность к лечению при АГ является важным фактором, определяющим течение заболевания, и её снижение указывает на возможность прогрессирующего течения АГ. При таком сочетании гендерных характеристик, значимо низкая

Таблица 1 Частота ГТЛ и СУ у пациентов с резистентной (I группа) и контролируемой (II группа) АГ

ГТЛ, СУ и их сочетания	I группа, n=80 (абс/%)	II группа, n=80 (абс/%)	p
Всего с маскулинными ТЛ:	57 (71,3)	42 (52,5)	<0,05
из них в сочетании с ТСУ	37 (64,9)	15 (35,7)	<0,05
Всего с фемининными ТЛ:	13 (16,3)	16 (20,0)	>0,05
из них в сочетании с ТСУ	3 (23,1)	2 (12,5)	>0,05
Всего с андрогинным ТЛ:	10 (12,5)	22 (27,5)	<0,05
из них в сочетании с ТСУ	0	0	-
с традиционной СУ	40 (50,0)	15 (18,8)	<0,05
с эгалитарной СУ	22 (27,5)	30 (37,5)	>0,05
с промежуточной СУ	18 (22,5)	35 (43,8)	<0,05

Примечание: ТСУ – традиционная семейная установка, p – статистическая значимость различия показателей между полами (по критерию χ^2).

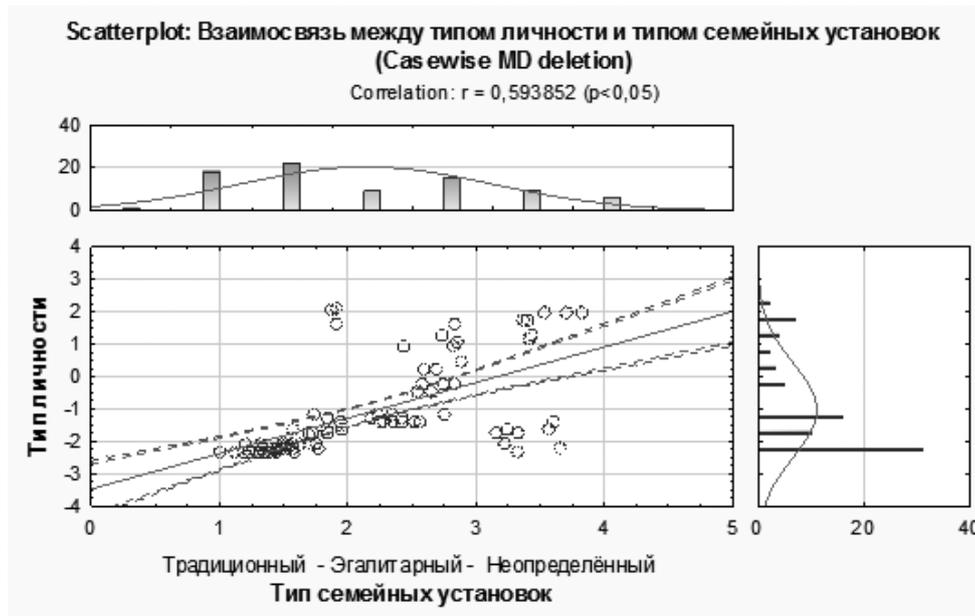


Рис. Взаимосвязь между гендерным стереотипом личности (IS) и типом семейной установки у пациентов общей группы с РАГ

приверженность к лечению, наряду с высокой категорией КВР, свидетельствуют о недостаточной эффективности АГТ и прогрессирующем течении РАГ.

Для оценки степени влияния такого сочетания ТЛ и СУ у мужчин и женщин изучена взаимосвязь IS и СП в сравниваемых группах, в зависимости от пола (табл. 3). Установлено, что у пациентов общей группы с РАГ (вне зависимости от пола, I группа) IS взаимосвязан с приверженностью к лечению умеренной, односторонней связью ($r=0.553824$; $p<0.05$), а с суммарным КВР – отрицательной, умеренной связью ($r=-0.49443$; $p<0.05$).

У мужчин с РАГ (I группа, вне зависимости от СП) взаимосвязь между IS и приверженностью к лечению односторонняя и сильная ($r=0.769535$; $p<0.05$), то есть, чем ниже IS (до значений высоко-маскулинности), тем ниже приверженность к лечению.

Взаимосвязь СП с приверженностью к лечению у пациентов I группы также умеренная, односторонняя ($r=0.441441$; $p<0.05$), а с суммарным КВР – отрицательная, умеренная ($r=-0.33037$; $p<0.05$).

У больных II группы (вне зависимости от пола) на фоне сочетания маскулинных ТЛ и традиционных СУ отмечается такая же направленность взаимосвязи IS и СП с приверженностью к лечению и суммарным КВР. Однако установлены некоторые половые различия изменений взаимосвязи показателей при сочетании маскулинных ТЛ и традиционных СУ.

У женщин сочетание маскулинных стереотипов и традиционных семейных установок сопровождается:

- сильной односторонней взаимосвязью приверженности к лечению как с IS ($r=0.87619$), так и СП ($r=0.83365$; $p<0.05$), то есть, чем больше маскулинных характери-

стик и традиционных семейных установок у женщин, тем ниже приверженность к лечению;

- сильной отрицательной взаимосвязью КВР как с IS ($r=-0.81375$; $p<0.05$), так и СП (близкой к сильной; $r=-0.65211$; $p<0.05$). Такая взаимосвязь показателей указывает, что нарастание маскулинных характеристик и традиционных семейных установок у женщин с РАГ сопровождается значительным повышением суммарного кардиоваскулярного риска, что свидетельствует о прогрессирующем течении заболевания.

Таким образом, чем больше маскулинных характеристик у женщин с традиционной СУ, тем ниже приверженность к лечению, выше суммарный КВР, то есть, взаимосвязь гендерных особенностей с показателями, характеризующими тяжесть течения АГ, значимо теснее.

У мужчин такое сочетание характеризуется:

- ослаблением односторонней взаимосвязи между IS и СП и приверженностью к лечению ($r=0.249121$; $p<0.05$), то есть у высокомаскулинных мужчин при традиционной СУ, приверженность к лечению снижена в меньшей степени;
- усилением отрицательной взаимосвязи КВР с IS ($r=-0.45538$; $p<0.05$) и СП ($r=-0.53172$; $p<0.05$), что указывает на значимость степени маскулинности в прогрессировании болезни даже при традиционной СУ, на фоне которой инициативность, независимость и самоуправление высокомаскулинных мужчин проявляется без особых препятствий.

У мужчин, при сочетании маскулинных ТЛ с традиционной СУ значимо низкие значения IS, свидетельствующие о ярко вы-

Таблица 2 Приверженность к лечению и суммарный КВР у пациентов I и II групп

Показатели	I группа (n=80)	II группа (n=37)	p
Приверженность к лечению, баллы	2,1±0,1	1,5±0,1	<0.001
Суммарный КВР, баллы	3,0±0,1	3,4±0,1	<0.01

Примечание: p – достоверность различия показателей между группами

Таблица 3 Взаимосвязь IS и СП с приверженностью к лечению и суммарным КВР в зависимости от пола

Коэффициент корреляции r между:	Группы	РАГ (r)	
		мужчины	женщины
IS и приверженностью к лечению	I	0.769535	0.369523
			0.553824
	II	0.249121	0.87619
			0.553069
IS и суммарным КВР	I	-0.40363	-0.4811
			-0.49443
	II	-0.45538	-0.81375
			-0.4777
СП и приверженностью к лечению	I	0.596692	0.44497
			0.441441
	II	0.148086	0.83365
			0.424888
СП и суммарным КВР	I	-0.194589	-0.16388
			-0.33037
	II	-0.53172	-0.65211
			-0.5165

Примечание: I группа – общая группа больных с РАГ (вне зависимости от типа личности и семьи), II группа – больные РАГ с сочетанием маскулинных типов личности с традиционной семейной установкой

раженной маскулинности (высокомаскулинности), сопровождаются повышением КВР.

Полученные нами результаты согласуются с данными И.С. Кона [24], которые свидетельствуют о негативной динамике сердечно-сосудистой патологии у высокомаскулинных мужчин. Однако, на фоне сочетания маскулинных ТЛ с традиционной СУ, отсутствие сильной взаимосвязи показателей у мужчин указывает, что, в целом, патогенное влияние такого сочетания у мужчин с РАГ менее выражено, чем у женщин, у которых взаимосвязь маскулинных характеристик и традиционных семейных установок с суммарным КВР сильная.

Согласно результатам исследования Наймушиной А.Г. и Соловьёвой С.В. «...все мужчины со стресс-обусловленной артериальной гипертонией были привержены доминирующему ролевому поведению в семье» [19]. С этих позиций, полученные нами результаты можно объяснить тем, что у мужчин страх потери доминирующей роли в семье, видимо, выражен меньше в традиционной семье, и это уменьшает негативное влияние сочетания маскулинных ТЛ и традиционной СУ [25].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У 71,3% больных с РАГ определяется маскулинный ТЛ, при КАГ маскулинный ТЛ наблюдается реже (52,5%; $p < 0,05$). Маскулинный ТЛ сочетается с традиционной СУ чаще у больных РАГ (64,9%; $p < 0,05$), чем при КАГ (35,7%).

Сочетание маскулинных стереотипов личности с традиционной СУ у пациентов с РАГ сопровождается значительным снижением приверженности к лечению и повышением суммарного сердечно-сосудистого риска, что свидетельствует о недостаточной эффективности антигипертензивной терапии и прогрессирующем течении АГ.

Отрицательному влиянию сочетания маскулинных стереотипов личности и традиционных семейных установок мужчины подвергаются в меньшей степени, чем женщины, у которых КВР становится очень высоким ($p < 0,05$).

Как нетрадиционные факторы риска развития РАГ следует рассматривать сочетание маскулинных стереотипов личности с традиционными семейными установками у больных АГ, с выделением их в группу высокого риска.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кобалава ЖД, Котовская ЮВ, Виллевалде СВ. Возможности улучшения контроля артериальной гипертонии путём рационального использования диуретиков по результатам российской научно-практической программы АРГУСС-2. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2007;6(3):61-7.
2. Оганов РГ, Лепяхин ВК, Фитилёв СБ. Качество профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений у больных сахарным диабетом 2 типа в амбулаторных условиях. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2008;7(7):9-14.

REFERENCES

1. Kobalava ZhD, Kotovskaya YuV, Villevalde SV. Vozmozhnosti uluchsheniya kontrolya arterial'noy gipertonii putyom ratsional'nogo ispol'zovaniya diuretikov po rezul'tatam rossiyskoy nauchno-prakticheskoy programmy ARGUSS-2 [Possibility to change control of arterial hypertension by rational use of diuretics based on the results of the Russian scientific and practical program ARGUS-2]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2007;6(3):61-7.
2. Oganov RG, Lepakhin VK, Fitylov SB. Kachestvo profilaktiki i lecheniya serdechno-sosudistykh zabolevaniy i ikh oslozhneniy u bol'nykh sakharnym diabetom 2 tipa v ambulatornykh usloviyakh [The quality of prophylaxis and treatment of cardiovascular diseases and their complications in patients with type 2 diabetes on an outpatient basis]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2008;7(7):9-14.

3. Карпов ЮА, Деев АД. От имени врачей-участников программы ПРОРЫВ. Неконтролируемая АГ – новые возможности в решении проблемы повышения эффективности лечения. *Кардиология*. 2012;2:29-35.
4. Чазова ИЕ, Фомин ВВ, Разуваева МА, Вигдорчик АВ. Эпидемиологическая характеристика резистентной и неконтролируемой артериальной гипертензии в Российской Федерации (Российский регистр неконтролируемой и резистентной артериальной гипертензии REGATA-PRIMA «Резистентная гипертензия артериальная – причины и механизмы развития»). *Системные гипертензии*. 2010;3:34-41.
5. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K. 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). *J Hypertens*. 2013;31:1281-357.
6. Чазова ИЕ. Резистентная и неконтролируемая артериальная гипертензия: проблема XXI века. *Фарматека*. 2011;5:8-13.
7. Daugherty SL, Powers JD, Magid DJ, Tavel HM. Incidence and prognosis of resistant hypertension in hypertensive patients. *Circulation*. 2012;125:1635-42.
8. Конради АО. Консервативная лекарственная терапия пациентов с резистентной артериальной гипертензией – время компромисса. *Медицинский совет (кардиология)*. 2013;9:17-28.
9. Calhoun DA, Jones D, Textor S. 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. *Hypertension*. 2008;51:1403-19.
10. Шарипова ХЁ, Хамидова АН. Особенности течения и проблемы резистентности при лечении изолированной систолической артериальной гипертензии. Душанбе, РТ: Хикмат; 2009. 143 с.
11. Хамидов НХ, Шарипова ХЁ, Кадырова ДА, Хамдамова МБ, Умаров АА, Хурсанов НМ. Патогенетические и клинические аспекты систолической гипертензии старших возрастов. Душанбе, РТ: Хикмат; 2009. 142 с.
12. Хамидов НХ, Шарипова ХЁ. Клинические особенности течения резистентной (рефрактерной) артериальной гипертензии. *Вестник Авиценны*. 2013;1:68-73.
13. Гулов МК, Шарипова ХЁ, Тагоев СХ, Сохибов РГ. Терминальная хроническая почечная недостаточность: оценка риска, этапы терапии и кардиальные проблемы. *Вестник Авиценны*. 2013;2:153-9.
14. Султонов ХС, Шарипова ХЁ, Негматова ГМ. Течение артериальной гипертензии у мужчин среднего возраста. *Вестник Авиценны*. 2015;1:55-60.
15. Ачева ГА, Шарипова ХЁ, Негматова ГМ, Султонов ХС. Неконтролируемая и резистентная артериальная гипертензия в возрастном и половом аспектах. *Вестник Авиценны*. 2016;1:54-9.
16. Шальнова СА, Деев АД. Тенденции смертности в России в начале XXI века (по данным официальной статистики). *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2011;10(6):5-10.
17. Козлов ВВ, Шухова НА. *Гендерная психология*. Москва, РФ: Издательство «Речь»; 2010. 289 с.
18. Рогачёва ТВ. Мужские и женские стереотипы отношения к здоровью в современной России [Электронный ресурс]. *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн*. 2010;4. URL: <http://medpsy.ru>.
19. Наймушина АГ, Соловьёва СВ. Гендерные аспекты стресс-индуцированной артериальной гипертензии. *Вестник Тюменского государственного университета*. 2014;6:150-6.
20. Алёшин ЮЕ. Гендерные опросники. «Распределение ролей в семье». Режим доступа: http://www.miu.by/kaf_new/mpp/128.pdf.
3. Karpov YuA, Deev AD. Nekontroliruemaya arterial'naya gipertoniya – novye vozmozhnosti v reshenii problemy effektivnosti lecheniya [Uncontrolled arterial hypertension – new opportunities in solving the problem of treatment effectiveness]. *Kardiologiya*. 2012;2:29-35.
4. Chazova IE, Fomin VV, Razuvaeva MA, Vigdorchik AV. Epidemiologicheskaya kharakteristika rezistentnoy i nekontroliruemyy arterial'noy gipertenzii v Rossiyskoy Federatsii (Rossiyskiy registr nekontroliruemyy i rezistentnoy arterial'noy gipertenzii REGATA-PRIMA «Rezistentnaya gipertoniya arterial'naya – prichiny i mekhanizmy razvitiya») [Epidemiologic characteristics of resistant and uncontrolled arterial hypertension in the Russian Federation (Russian registry of non-controlled and resistant arterial hypertension REGAT-PRIMA «Resistance arterial hypertension – causes and mechanisms of development»)]. *Sistemnye gipertenzii*. 2010;3:34-41.
5. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K. 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). *J Hypertens*. 2013;31:1281-357.
6. Chazova IE. Rezistentnaya i nekontroliruemaya arterial'naya gipertenziya: problema XXI veka [Resistant and uncontrolled arterial hypertension: The problem of the XXI century]. *Farmateka*. 2011;5:8-13.
7. Daugherty SL, Powers JD, Magid DJ, Tavel HM. Incidence and prognosis of resistant hypertension in hypertensive patients. *Circulation*. 2012;125:1635-42.
8. Konradi AO. Konservativnaya lekarstvennaya terapiya patsientov s rezistentnoy arterial'noy gipertenziiy – vremya kompromissa [Conservative drug therapy of patients with resistant hypertension is a time of compromise]. *Meditsinskiy sovet (kardiologiya)*. 2013;9:17-28.
9. Calhoun DA, Jones D, Textor S. 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. *Hypertension*. 2008;51:1403-19.
10. Sharipova KhYo, Khamidova AN. *Osobennosti techeniya i problemy rezistentnosti pri lechenii izolirovannoy sistolicheskoy arterial'noy gipertonii [Features of the course and the problem of resistance in the treatment of isolated systolic hypertension]*. Dushanbe, RT: Hikmat; 2009. 143 p.
11. Khamidov NKH, Sharipova KhYo, Kadyrova DA, Khamdamova MB, Umarov AA, Khursanov NM. *Patogeneticheskie i klinicheskie aspekty sistolicheskoy gipertonii starshikh vozrastov [Pathogenetic and clinical aspects of systolic hypertension of older ages]*. Dushanbe, RT: Hikmat; 2009. 142 p.
12. Khamidov NKH, Sharipova KhYo. *Klinicheskie osobennosti techeniya rezistentnoy (refrakternoy) arterial'noy gipertonii [Clinical features of the course of refractory arterial hypertension]*. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2013;1: 68-73.
13. Gulov MK, Sharipova KhYo, Tagoev SKh, Sokhibov RG. *Terminal'naya khronicheskaya pochechnaya nedostatochnost': otsenka riska, etapy terapii i kardial'nye problemy [Terminal chronic renal insufficiency: Risk assessment, treatment stages and cardiac problems]*. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2013;2:153-9.
14. Sultonov KhS, Sharipova KhYo, Negmatova GM. *Techenie arterial'noy gipertonii u muzhchin srednego vozrasta [The course of arterial hypertension in middle-aged men]*. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2015;1:55-60.
15. Acheva GA, Sharipova KhYo, Negmatova GM, Sultonov KhS. *Nekontroliruemaya i rezistentnaya arterial'naya gipertoniya v vozrastnom i polovom aspektakh [Uncontrolled and resistant arterial hypertension in age and sexual aspects]*. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2016;1:54-9.
16. Shalnova SA, Deev AD. *Tendentsii smertnosti v Rossii v nachale XXI veka (po dannym ofitsial'noy statistiki) [The mortality trends in Russia in the beginning of the XXI century (according to official statistics)]*. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2011;10(6):5-10.
17. Kozlov VV, Shukhova NA. *Gendernaya psikhologiya [Gender psychology]*. Moscow, RF: Izdatel'stvo "Rech"; 2010. 289 p.
18. Rogachyova TV. *Muzhskie i zhenskie stereotypy odnosheniya k zdorov'yu v sovremennoy Rossii [Male and female stereotypes of attitudes toward health in modern Russia]* [Elektronnyy resurs]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn*. 2010;4. URL: <http://medpsy.ru>.
19. Naymushina AG, Solovyova SV. *Gendernye aspekty stress-indutsirovannoy arterial'noy gipertenzii [Gender aspects of stress-induced arterial hypertension]*. *Vestnik Tyumenskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2014;6:150-6.
20. Alyoshin YuE. *Gendernye oprosniki. "Raspredelenie roley v sem'e" [Gender-based questionnaires. «Distribution of roles in the family»]*. *Rezhim dostupa: http://www.miu.by/kaf_new/mpp/128.pdf*.

21. Шарипова ХЁ, Негматова ГМ, Шербалалов АА. Гендерные стереотипы маскулинности/феминности и резистентная артериальная гипертензия. *Проблемы современной науки и образования*. 2016;65(23):89-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.20861/2304-2338-2016-65-002>.
22. Шарипова ХЁ, Негматова ГМ, Шербалалов АА. Стереотипы семейных (поло-ролевых) установок у пациентов резистентной артериальной гипертензией. *Наука, техника и образование*. 2016;27(9):90-4. Available from: <http://dx.doi.org/10.20861/2312-8267-2016-27-001>.
23. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Клинические рекомендации разработаны экспертами Российского медицинского общества по артериальной гипертензии (РМОАГ). *Кардиологический Вестник*. 2015;1:5-30.
24. Кон ИС. *Мужчина в меняющемся мире*. Москва, РФ: Время; 2009. 496 с.
25. Дугин АГ. Социология пола. Структурная социология. Москва, РФ: МГУ; 2010. Режим доступа: www.evrazia.tv.
21. Sharipova KhYo, Negmatova GM. Gendernye stereotypy maskulinnosti/femininnosti i rezistentnaya arterial'naya gipertoniya [Gender stereotypes of masculinity of femininity and resistant arterial hypertension]. *Problemy sovremennoy nauki i obrazovaniya*. 2016;65(23):89-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.20861/2304-2338-2016-65-002>.
22. Sharipova KhYo, Negmatova GM, Sherbadalov AA. Stereotipy semeynykh (polo-rolevykh) ustanovok u patsiyentov rezistentnoy arterial'noy gipertonii [Stereotypes of family (sex-role) settings in patients with resistant arterial hypertension]. *Nauka, tekhnika i obrazovanie*. 2016;27(9):90-4. Available from: <http://dx.doi.org/10.20861/2312-8267-2016-27-001>.
23. Diagnostika i lechenie arterial'noy gipertonii. Klinicheskie rekomendatsii razrabotany ekspertami Rossiyskogo meditsinskogo obshchestva po arterial'noy gipertonii (RMOAG) [Diagnosis and treatment of arterial hypertension. Clinical recommendations were developed by experts of the Russian medical society on arterial hypertension (RMOAG)]. *Kardiologicheskii Vestnik*. 2015;1:5-30.
24. Kon IS. *Muzhchina v menyayushchemsya mire [A man in a changing world]*. Moscow, RF: Vremya; 2009. 496 p.
25. Dugin AG. Sotsiologiya pola. Strukturnaya sotsiologiya [Sociology of gender. Structural sociology]. Moscow, RF: MGU; 2010. Rezhim dostupa: www.evrazia.tv.

И СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Негматова Гулнора Мансуровна, ассистент кафедры внутренних болезней № 1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Шарипова Хурсанд Ёдгоровна, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Абдуллоев Фирдавс Назирович, соискатель кафедры пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Шербалалов Ахмад Ахадович, аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали.

Конфликт интересов: отсутствует.

✉ АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Негматова Гулнора Мансуровна
ассистент кафедры внутренних болезней № 1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139

Тел.: (+992) 907 313663

E-mail: gulya3663@mail.ru

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследования: ШХЁ, НГМ

Сбор материала: НГМ, АФН, ШАА

Статистическая обработка данных: НГМ, АФН, ШАА

Анализ полученных данных: НГМ, ШХЁ

Подготовка текста: НГМ, АФН, ШАА

Редактирование: ШХЁ

Общая ответственность: ШХЁ

Поступила 06.09.2017

Принята в печать 12.12.2017

И AUTHOR INFORMATION

Negmatova Gulnora Mansurovna, Assistant of the Department of Internal Medicine № 1, Avicenna TSMU

Sharipova Khursand Yodgorovna, Doctor of Medical Sciences, Full Professor, Professor of the Department of Propaedeutics of Internal Medicine, Avicenna TSMU

Abdulloev Firdavs Nazirovich, Competitor of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Avicenna TSMU

Sherbadalov Ahmad Ahadovich, Post-graduate Student of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Avicenna TSMU

✉ ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Negmatova Gulnora Mansurovna
Assistant of the Department of Internal Medicine № 1, Avicenna TSMU

734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Rudaki Ave., 139

Tel.: (+992) 907 313663

E-mail: gulya3663@mail.ru

Submitted 06.09.2017

Accepted 12.12.2017