

Gender stereotypes of masculinity/femininity and resistant arterial hypertension

Sharipova Kh.¹, Negmatova G.², Sherbadalov A.³ (Republic of Tajikistan)

Гендерные стереотипы маскулинности/фемининности и резистентная артериальная гипертензия

Шарипова Х. Я.¹, Негматова Г. М.², Шербадалов А. А.³ (Республика Таджикистан)

¹Шарипова Хурсанд Ядгаровна / Sharipova Khursand – доктор медицинских наук, профессор;

²Негматова Гулнора Мансуровна / Negmatova Gulnora – аспирант;

³Шербадалов Ахмаджон Ахадович / Sherbadalov Ahmadjon - аспирант, кафедра пропедевтики внутренних болезней,

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино, г. Душанбе, Республика Таджикистан

Аннотация: в статье рассматривается актуальная проблема своевременного выявления предикторов резистентной артериальной гипертензии (РАГ), значимость диагностики гендерных стереотипов личности у пациентов среднего возраста на фоне антигипертензивной терапии.

Abstract: the article considers topical issue of the timely detection of resistant arterial hypertension's predictors, diagnostic utility of person's gender stereotypes of middle-age patients in the course of antihypertensive therapy.

Ключевые слова: резистентная артериальная гипертензия, средний возраст, гендерные стереотипы маскулинности/фемининности.

Keywords: resistant arterial hypertension, middle-age, gender stereotypes of masculinity/femininity.

В области изучения проблем эссенциальной артериальной гипертензии (АГ) в 60-80-е годы во всем мире отмечался научно-технический прогресс и был разработан ряд антигипертензивных препаратов (АГП), влияющих 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 [1, 2, 3] и сложность контроля АД в настоящее время считается одной из актуальных проблем кардиологии [4, 5].

Данные крупнейшей программы, инициированной РМОАГ «ПРОРЫВ», показали большую распространенность неконтролируемой и РАГ с преобладанием у женщин [6]. Существенный вклад в изучение проблем повышения эффективности АГТ при РАГ внесли результаты двухэтапной программы РЕГАТА, организованной РМОАГ [7]. По изучению значимости гендерных стереотипов личности в развитии АГ имеются единичные исследования [8]. Однако в них не рассматривается взаимосвязь гендерных стереотипов личности с недостаточной эффективностью АГТ у пациентов среднего возраста. Поскольку социальные факторы риска здоровья, обусловленные высокой динамикой социальных процессов, затрагивают, в первую очередь, трудоспособную группу населения и проявляются через индивидуальное поведение, то изучение значимости гендерных стереотипов (социальный пол) личности при РАГ может улучшить её диагностику и профилактику.

Характеристика клинического материала и методы исследований. Выявление пациентов среднего возраста с контролируемой АГ (КАГ) и РАГ проведено при наблюдении 382 пациентов среднего возраста, госпитализированных с гипертонической болезнью (ГБ) и согласившихся на дальнейшее (в течение 2 месяцев) наблюдение после выписки из стационара, при необходимости со сменой режимов терапии. Оценена устойчивость снижения АД с учётом данных офисного измерения и самоконтроля АД на дому. Выделены 132 пациента с КАГ, у которых достигнуты целевые уровни АД на фоне 1-2-компонентной АГТ и 124 пациентов с РАГ, у которых целевые уровни АД не достигнуты при применении 3 и более АГП, включая диуретик. Из их числа составлены 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту и сопутствующей патологии: 1) первая группа – 80 больных с РАГ (возраст 53,2±0,45 г.); мужчин – 34 (возраст 53,0±0,7), женщин – 46 (53,3±0,6 лет); 2) вторая группа - 80 больных с КАГ (возраст 53,3±0,5 г.); мужчин – 36 (возраст 53,1±0,7), женщин – 44 (53,5±0,7 лет).

Обследование пациентов проведено согласно Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии. Приверженность стереотипам маскулинности/фемининности определена по модифицированному поло-ролевому опроснику Сандры Бэм [9] с определением основного индекса (IS) и приверженности андрогинному, фемининному, высокофемининному, маскулинному и высокомаскулинному гендерному стереотипу личности.

Статистическая обработка материала проведена методом вариационной статистики на ПК, с помощью прикладного пакета «Statistica 6,0». Сравнение относительных величин проводилось по критерию

χ^2 , а абсолютных величин по t - критерию Стьюдента. Проведена оценка корреляционных связей между парами количественных признаков по Пирсону.

Результаты и их обсуждение. При диагностике маскулинности и фемининности установлено, что имеются значимые различия их частоты у пациентов РАГ и КАГ, вне зависимости от фактора биологического пола (табл. 1). Андрогиный поло-ролевой стереотип значительно реже наблюдается у пациентов с РАГ ($p<0,05$). У пациентов с РАГ чаще выявляется маскулинный (маскулинный + высокомаскулинный) стереотипы (71,25%), что значимо ($<0,05$) при сравнении с группой пациентов с КАГ (52,5%; $p<0,05$); ярко выраженная маскулинность, т.е. высокомаскулинность 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 ($p>0,05$).

Таблица 1. Гендерный тип личности у пациентов с АГ по основному индексу - IS (баллы и абс/%)

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

Примечание: p – статистическая значимость различия относительных (по критерию χ^2) и абсолютных величин (по t - критерию Стьюдента) между группами пациентов с РАГ и КАГ (по критерию χ^2).

Хотя сдвиги частоты гендерных стереотипов у пациентов разного пола на фоне АГ однонаправлены, но установлены следующие внутригрупповые различия показателей при РАГ и КАГ:

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

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

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);

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

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 его 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.

Гендерные стереотипы личности и достигнутые уровни АД. При АГ наиболее важным фактором, определяющим прогноз, является достигнутые на фоне фармакотерапии уровни АД и его суточный профиль. Установлено, что на фоне резистентности к АГП, уровни САД ($147,1 \pm 0,85$) и ДАД ($95,0 \pm 0,38$) достоверно выше таковых при КАГ ($129,5 \pm 0,87$ и $129,5 \pm 0,87$ мм.рт.ст., соответственно САД и ДАД) и сопровождаются учащением нарушения variability суточного ритма АД по типу недостаточного ночного снижения САД ($p < 0,001$); половые различия внутри групп не значимы.

При изучении взаимосвязи между IS и АД у пациентов с РАГ установлена умеренная отрицательная связь: коэффициент корреляции (r) между IS и САД была равна $-0,4483$ (рис. 1). В подгруппе пациентов с маскулинным и высокомаскулинным типом личности на фоне РАГ взаимосвязь IS и САД - отрицательная и умеренная как у мужчин ($r = -0,334$; $p < 0,05$), так и у женщин ($r = -0,471$; $p < 0,05$); в этой подгруппе (M+VM) САД выше ($149,5 \pm 0,81$ мм рт. ст.) таковых у пациентов с фемининными типами ($142,7 \pm 1,1$). При фемининном и высокофемининном типе взаимосвязь IS и САД прямая, умеренная ($r = 0,5165$; $p < 0,05$).

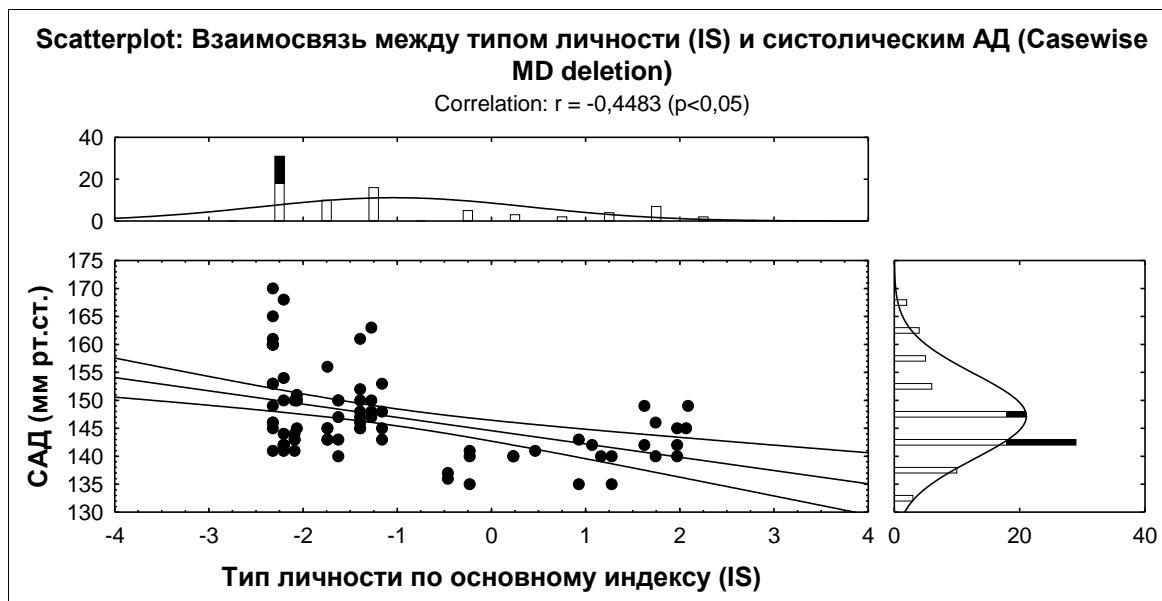


Рис. 1. Взаимосвязь между IS и САД у пациентов с РАГ

Более тесная отрицательная взаимосвязь ($r = -0,5594$; $p < 0,05$) установлена и между IS и ДАД. 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 ($p < 0,001$). Наиболее низкие значения ДАД наблюдаются у андрогинов ($91,0 \pm 0,5$ мм рт.ст.) и по мере сдвига IS 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).

При КАГ взаимосвязь IS с САД и ДАД – отрицательная слабая, ближе к умеренной ($r = -0,26985$ с САД и $-0,2451$ с ДАД; $p > 0,05$). Такая же отрицательная, незначимая взаимосвязь между IS и АД наблюдается и в подгруппе с маскулинными и андрогинными стереотипами. Однако при фемининном и высокофемининном типе взаимосвязь между IS и САД умеренная прямая ($r = 0,4696$; $p < 0,05$), что свидетельствует о значимости сдвига IS в сторону высокофемининности в повышении достигнутых уровней АД на фоне КАГ.

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. Умеренная прямая взаимосвязь между IS и САД при фемининном и высокофемининном типе личности, свидетельствует, что не только высокомаскулинный стереотип, но и ярко выраженная фемининность также сопровождается недостаточным эффектом АГТ и достигнутые на фоне АГТ уровни АД выше при этих стереотипах, чем при фемининном и андрогинном. У пациентов среднего возраста с РАГ при андрогинном типе личности САД и ДАД значимо ниже, чем при других гендерных стереотипах личности.

Литература

1. *Табакьян Е. А.* Суточное мониторирование АД, клиническое измерение АД в контроле эффективности лечения больных с резистентной артериальной гипертонией. // Автореф. дисс.канд.мед.наук. Москва, 1998. 24 с.
2. *Тувев А. В., Щекотов В. В.* Рефрактерная к терапии артериальная гипертония. // Кардиология, 1993. № 3. С. 62-67.
3. *Шарипова Х. Я.* Особенности течения систолической гипертонии старших возрастов по данным пролонгированного наблюдения / Х. Я. Шарипова, Н. Х. Хамидов // Вестник Академии Наук Республики Таджикистан, 1999, № 3-4, С. 18-22.
4. 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. Nasothimiou, C. L. Changa [et al.] // J. Hypertens, 2011. Vol. 29.
5. *Ачева Г. А.* Частота неконтролируемой и резистентной гипертонии среди пациентов, госпитализированных с артериальной гипертонией / Г. А. Ачева, Г. М. Негматова, Х. Я. Шарипова // V Международная научно-практическая конференция «Проблемы и перспективы современной науки». Москва: “ISI-journal”, 2016. С. 108 -115.
6. *Карпов Ю. А.* Неконтролируемая артериальная гипертония – новые возможности в решении проблемы эффективности лечения / Карпов Ю. А. [и др.] // Кардиология, 2012. № 2. С. 29–35.
7. Резистентная и неконтролируемая артериальная гипертония в Российской Федерации: эпидемиологическая характеристика и подходы к лечению (Российский регистр неконтролируемой и резистентной артериальной гипертонии РЕГАТА «Резистентная ГипертонияАрТериАльная») / И. Е. Чазова, В. В. Фомин, М. А. Разуваева, А. В. Вигдорчик // Кардиологический вестник, 2011. № 1 (XVIII). С. 40–48.
8. *Наймушина А. Г.* Гендерные аспекты стресс-индуцированной артериальной гипертензии/ А.Г. Наймушина, С. В. Соловьева // Вестник Тюменского государственного университета, 2014. № 6. с. 150-156.
9. *Bem S. L.* Gender schema theory. A cognitive account of sex typing. / S. L. Bem [et al.] Psychological Review, 1981. Pp. 120-128.