

кто пытался приписать ему все мыслимые и немыслимые грехи. Впервые в мире И. М. Сеченов доказал, что в основе памяти лежит рефлекс. Он четко и ясно заявляет: психические акты развиваются путем рефлекса.

И. П. Павлов, развивая идеи И. М. Сеченова, в результате многолетних исследований высшей нервной деятельности установил существование у человека второй, специально человеческой, сигнальной системы, а затем вплотную подошел к раскрытию объективными методами наиболее сложных сторон психической деятельности.

Сеченовские «Рефлексы головного мозга» 150 лет назад знаменовали начало нового, дотоле не существовавшего раздела науки — физиологии высшей нервной деятельности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Мирский, М. Б.* Революционер в науке, демократ в жизни: И. М. Сеченов / М. Б. Мирский. — М.: Знание, 1988. — 224 с.
2. *Ярошевский, М. Г.* Иван Михайлович Сеченов / М. Г. Ярошевский. — Л., 1968.

**УДК616.1 – 082 : 305**

## ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КАРДИОЛОГИИ

*Ковальчук Л. П., Дорошенко Э. С.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент П. Н. Ковальчук**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### ***Введение***

Гендер является понятием гораздо более широким, чем биологический пол и определяется не только наследственной информацией, но и гормональным фоном, влиянием окружающей среды и т. д. В цивилизованном обществе государство гарантирует оказание медицинской помощи своим гражданам вне зависимости от их половой или расовой, или какой-либо другой принадлежности. Однако гендерные особенности могут оказывать влияние на качество, доступность, стоимость и другие аспекты медицинской помощи [2, 4].

Гендерная кардиология изучает специфические факторы характерные только для мужчин и женщин. Среди специфических для женщин факторов риска принято выделять артериальную гипертензию (АГ) и метаболические нарушения при беременности, гормональную контрацепцию, менопаузу, гистероэктомию. К специфическим для мужчин факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний относятся дефицит тестостерона и мужской климакс.

### ***Цель***

Проанализировать некоторые гендерные особенности оказания медицинской помощи в кардиологии.

### ***Результаты исследования***

Процентное соотношение женщин, принимающих участие в исследованиях по поводу ИБС, возросло с середины 1980-х гг. и на данный момент отвечает реальной распространенности ИБС у женщин, но женщины все еще остаются недостаточно представленными в исследованиях по поводу артериальной гипертензии (АГ) и сердечной недостаточности. Среди вторичных симптоматических АГ у женщин чаще встречается фиброзномышечная дисплазия, являющаяся причиной реноваскулярной гипертензии. Распространенность АГ невелика среди молодых женщин, но существенно возрастает после менопаузы. В последнее время отмечается рост АГ у 15–30 % беременных, что вызывает не только серьезные осложнения в период беременности и родов, но и оказывает неблагоприятное

гоприятное влияние на отдаленный прогноз у матери. У женщин с АГ риск развития ИБС в 3,5 раза выше, чем у женщин с нормальным артериальным давлением [1, 3].

Отмечено протективное действие женских половых гормонов на состояние основных жизненно важных систем в период от завершения пубертата до наступления менопаузы у женщин, когда в крови наблюдаются относительно высокие уровни эстрогенов.

Женщины несколько иначе, чем мужчины, реагируют на действие фармакологических препаратов для лечения сердечно-сосудистой патологии. Так, у бета-адреноблокаторов это связано с влиянием половых гормонов на регуляцию бета-адренергических рецепторов сердца и сосудов. Эндогенные эстрогены уменьшают реакцию симпатической нервной системы на катехоламины. В целом отмечено, что у женщин наблюдается более высокая концентрация в крови бета-адреноблокаторов, особенно неселективных. Соответственно, у женщин по сравнению с мужчинами наблюдается более выраженное снижение частоты сердечных сокращений (ЧСС) и систолического артериального давления во время терапии бета-адреноблокаторами в состоянии покоя и меньшее увеличение ЧСС под влиянием физической нагрузки.

Описаны гендерные приоритеты даже в частоте назначения кардиологических препаратов. Так, нитраты и бета-адреноблокаторы в целом назначаются чаще мужчинам, а антагонисты кальция женщинам.

У женщин быстрее, чем у мужчин, развивается гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) [1, 5]. В то же время ингибиторы АПФ — самая активная группа антигипертензивных препаратов по влиянию на ГЛЖ. Кроме того, у женщин чаще, чем у мужчин, АГ протекает в рамках метаболического синдрома, а ингибиторы АПФ — метаболически позитивные препараты, под влиянием которых улучшается чувствительность печени к действию инсулина и снижается инсулинорезистентность на уровне периферических тканей. Есть некоторые особенности по частоте развития побочных эффектов ингибиторов АПФ в зависимости от пола. Так, в частности, кашель чаще встречается у женщин, чем у мужчин, а гендерспецифических различий по частоте встречаемости ангионевротических отеков или крапивницы не описано [2].

Широко распространенным в Республике Беларусь сохраняется применение комбинации бета-адреноблокатора с диуретиком, характеризующейся наиболее отрицательным влиянием на сексуальную функцию мужчин среди всех классов антигипертензивных средств. Таким образом, можно говорить о гендерспецифических предпочтениях при выборе антигипертензивного препарата. Выбор у мужчин любого возраста должен склоняться к блокаторам рецепторов к ангиотензину II, и особенно к лозартану в связи с его доказанным положительным влиянием на сексуальную функцию.

### **Выводы**

1. Представленные данные свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода к лечению лиц мужского и женского пола в кардиологии и акцентирования большего внимания на пациентках-женщинах.

2. Знание гендерных особенностей применения кардиологических препаратов позволяет совершенствовать и оптимизировать оказание медицинской помощи пациентам.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Александрова, Е. Б.* Хроническая сердечная недостаточность у больных гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца: возрастные и гендерные особенности / Е. Б. Александрова // Кардиология. — 2013. — № 7. — С. 40–44.
2. *Ливенцева, М. М.* Гендерные особенности сердечно-сосудистых заболеваний / М. М. Ливенцева // Мед. новости. — 2012. — № 9. — С. 11–14.
3. *Парахонский, А. П.* Гендерные аспекты сердечно-сосудистой патологии / А. П. Парахонский // Успехи современного естествознания. — 2012. — № 8. — С. 107–108.
4. *Harris, D. J.* Enrollment of women in cardiovascular clinical trials funded by the National Heart, Lung, and Blood Institute / D. J. Harris, P. S. Douglas // N. Engl. J. Med. — 2000. — Vol. 343. — P. 475–480.
5. *Alexander, K. P.* Medical and surgical management of coronary artery disease in women / K. P. Alexander, E. D. Peterson // Am. J. Manag. Care. — 2001. — Vol. 7, № 10. — P. 951–956.