

ИНТЕГРАЛЬНАЯ ЖЁСТКОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Юрий Эмильевич Терегулов^{1,2,3*}, Елена Теодоровна Терегулова³, Дина Камилевна Хусаинова^{1,2},
Фарида Наилевна Мухаметшина^{1,2}, Диана Ильдаровна Абдулганиева¹,
Марзия Мухаметшиевна Мангушева¹

¹Казанский государственный медицинский университет,

²Республиканская клиническая больница, г. Казань,

³Казанская государственная медицинская академия

Реферат

Цель. Изучить и провести сравнительный анализ интегральной жёсткости артериальной системы у здоровых людей и пациентов с гипертонической болезнью, гипотиреозом с артериальной гипертензией и ревматоидным артритом с артериальной гипертензией.

Методы. Обследованы 32 здоровых добровольца и 178 больных с артериальной гипертензией, из них 63 человека с гипертонической болезнью 1–3-й степени, 82 пациента с гипотиреозом и артериальной гипертензией, 33 больных ревматоидным артритом с артериальной гипертензией. Всем пациентам проводили эхокардиографию, вычисляли коэффициент объёмной упругости, пульсовое артериальное давление, среднее артериальное давление и общее периферическое сосудистое сопротивление, отношение коэффициента объёмной упругости к общему периферическому сосудистому сопротивлению (преобладание жёсткости артериальной системы определялось при отношении >1, а преобладание общего периферического сосудистого сопротивления — при отношении ≤1).

Результаты. Больные с артериальной гипертензией в сравнении с контрольной группой по коэффициенту объёмной упругости и пульсовому артериальному давлению имели более высокие показатели жёсткости артериальной системы. В контрольной группе 87,5% составили лица с преобладанием общего периферического сосудистого сопротивления, а у 12,5% преобладала жёсткость артериальной системы. У 77,8% пациентов с гипертонической болезнью выявлено преобладание общего периферического сосудистого сопротивления и у 22,2% — преобладание жёсткости артериальной системы. У больных ревматоидным артритом преобладала жёсткость артериальной системы, а у пациентов с гипотиреозом и артериальной гипертензией — общее периферическое сосудистое сопротивление.

Вывод. У всех больных ревматоидным артритом с артериальной гипертензией выявлено преобладание жёсткости артериальной системы над общим периферическим сосудистым сопротивлением; у больных гипотиреозом с артериальной гипертензией — преобладание общего периферического сосудистого сопротивления над жёсткостью артериальной системы.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, гипертоническая болезнь, гипотиреоз, жёсткость артериальной системы, ревматоидный артрит.

INTEGRAL STIFFNESS OF ARTERIAL SYSTEM IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION OF DIFFERENT GENESIS

Yu.E. Teregulov^{1,2,3}, E.T. Teregulova³, D.K. Khusainova^{1,2}, F.N. Mukhametshina^{1,2}, D.I. Abdulganieva¹, M.M. Mangusheva¹

¹Kazan State Medical University, Kazan, Russia,

²Republican Clinical Hospital, Kazan, Russia,

³Kazan State Medical Academy, Kazan, Russia

Aim. To study and comparatively analyze the integral stiffness of arterial system in healthy subjects and in patients with hypertensive heart disease, hypothyroidism associated with arterial hypertension and rheumatoid arthritis associated with arterial hypertension.

Methods. The study included 32 healthy volunteers and 178 patients with arterial hypertension, including 63 patients with hypertensive heart disease of 1–3 degree, 82 patients with hypothyroidism associated with arterial hypertension, 33 patients with rheumatoid arthritis associated with arterial hypertension. All patients underwent echocardiography; modulus of volume elasticity (MVE), pulse pressure, mean arterial pressure (MAP), total peripheral vascular resistance (TPVR), and MVE/TPVR ratio were calculated. The stiffness of arterial system was considered the main component if MVE/TPVR ratio exceeded 1; if MVE/TPVR ≤1, TPVR was considered the leading component.

Results. Patients with arterial hypertension had higher rates of stiffness of arterial system in comparison with control group by MVE and pulse pressure. In control group, 87.5% persons had prevalence of TPVR, and in 12.5% arterial stiffness prevailed. In 77.8% of patients with hypertensive heart disease prevalence of TPVR was found, and in 22.2% arterial stiffness prevailed. In patients with combination of rheumatoid arthritis and hypertension arterial stiffness prevailed, while patients with combination of hypothyroidism and hypertension had higher TPVR.

Conclusion. All patients with combination of rheumatoid arthritis and hypertension had arterial stiffness prevailing over TPVR. In patients with hypothyroidism associated with arterial hypertension TPVR prevailed over arterial stiffness.

Keywords: arterial hypertension, hypertensive heart disease, hypothyroidism, arterial stiffness, rheumatoid arthritis.

Рост смертности по причине сердечно-сосудистых заболеваний диктует необходимость поиска доступных практической

медицине, надёжных критериев стратификации риска развития осложнений, таких как мозговой инсульт, инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность. Сосуды — один из главных органов-мишеней

ней, которые поражаются при разнообразных заболеваниях и состояниях: артериальных гипертензиях (АГ), сахарном диабете, аутоиммунных заболеваниях, гипотиреозе (ГТ), развитии атеросклероза, старении и др. При этом меняется состояние стенки артериальных сосудов и, прежде всего, эластично-вязкие свойства. По мнению Я.А. Орловой и Ф.Т. Агеева, жёсткость артерий является фактором, определяющим сердечно-сосудистый риск, так как он реализуется через изменение состояния стенки артериальных сосудов [4].

Анализ интегральной жёсткости артериальной системы – сложная задача, так как этот показатель зависит от многих факторов: сердечного выброса, продолжительности фаз сердечного цикла, частоты сердечных сокращений, артериального давления (АД). В свете этого наиболее адекватно задача по расчёту интегрального показателя жёсткости артериальной системы может быть решена с использованием математической модели сердечно-сосудистой системы. А.Э. Терегуловым была предложена математическая модель сердечно-сосудистой системы на основе упругого резервуара Франка (патент №Ru2373843С1). По данной модели может быть проведён расчёт коэффициента объёмной упругости (КОУ), который отражает упругие свойства полового образования. Если в модели вся артериальная система представлена как единая упругая камера, то КОУ, вычисленный по модели, является интегральным показателем, характеризующим упругие свойства или жёсткость всей артериальной системы [7].

Известна гемодинамическая гетерогенность АГ. Многочисленные клинические наблюдения подтверждают тот факт, что выделение гемодинамических особенностей АГ необходимо для выбора наиболее рациональных и эффективных методов лечения [1, 8]. В настоящее время на основе анализа показателей сердечного выброса принято выделение трёх типов центральной гемодинамики (эукинетический, гиперкинетический и гипокинетический), как для здоровых людей, так и для больных с АГ.

В то же время уровень АД обеспечивается тремя факторами: сердечным выбросом [ударный объём (УО), минутный объём крови (МОК)], общим периферическим сосудистым сопротивлением (ОПСС) и интегральной жёсткостью артериальной системы. Под интегральной (системной) жёсткостью понимают упругие свойства ар-

териальной системы в целом, что отличает этот показатель от локальной жёсткости, которая оценивает состояние стенки конкретного участка артерии [2, 3]. Если показатели сердечного выброса и ОПСС при различных типах кровообращения у здоровых людей и больных с АГ изучены хорошо, то интегральная жёсткость артериальной системы при разных гемодинамических типах у здоровых лиц и пациентов с различной патологией требует изучения. Особенно это актуально у больных с АГ, когда необходимо выделить звено гемодинамики, ответственное за повышение АД: сердечный выброс, ОПСС или жёсткость артериальной системы. В связи с этим нами проведено исследование жёсткости артериальной системы у больных с АГ различного генеза.

Цель – провести сравнительный анализ интегральной жёсткости артериальной системы у здоровых лиц и пациентов с гипертонической болезнью, ГТ с АГ и ревматоидным артритом (РА) с АГ.

Обследованы четыре группы пациентов.

В первую группу вошли 63 пациента с гипертонической болезнью 1–3-й степени в возрасте от 18 до 77 лет, средний возраст $48,9 \pm 12,38$ года ($M \pm \sigma$), из них 22 (34,9%) женщины и 41 (65,1%) мужчина. У всех пациентов показатели тиреоидных гормонов находились в пределах нормы. Продолжительность АГ в данной группе составляла в среднем $9 \pm 7,5$ года.

Вторую группу составили 82 пациента с первичным ГТ средней степени тяжести в стадии медикаментозной субкомпенсации и АГ 1–3-й степени. Возраст больных составлял от 41 до 75 лет ($59,8 \pm 7,9$ года). В их числе были 79 (96,3%) женщин и 3 (3,7%) мужчин. На момент исследования средний уровень тиреотропного гормона был $11,57 \pm 8,54$ мкМЕ/мл, свободного тироксина – $6,98 \pm 1,8$ мкМЕ/мл, свободного трийодтиронина – $2,16 \pm 0,56$ мкМЕ/мл. Продолжительность ГТ в среднем составила $6,5 \pm 7$ года.

В третью группу были включены 33 больных РА, из них 23 (69,7%) женщины и 10 (30,3%) мужчин в возрасте от 17 до 67 лет, средний возраст составил $47,2 \pm 8,12$ года. Давность заболевания у пациентов с РА была от полугода до 37 лет, в среднем $8 \pm 6,2$ года. Диагноз РА устанавливали по критериям Американской ревматологической ассоциации (1987) [9].

Из исследования исключали больных с почечной и печёночной недостаточностью, сердечной недостаточностью, тяжёлыми

Таблица 1

Показатели гемодинамики здоровых лиц, с гипертонической болезнью (ГБ), гипотиреозом (ГТ) и ревматоидным артритом (РА)

Группы пациентов	Возраст, годы, М±σ	ЧСС, в минуту, М±σ	САД, мм рт.ст., М±σ	ДАД, мм рт.ст., М±σ	ПАД, мм рт.ст., М±σ	Ср.АД, мм рт.ст., М±σ	УО, мл, М±σ	МОК, л/мин, М±σ	СИ, л/мин×м ² , М±σ	ОПСС, л/мин×с/мл, М±σ	КОУ, дин/мл, М±σ	КОУ/ОПСС, М±σ
Первая группа, ГБ, n=63	48,9±12,38 <0,001	74,1±13,0 0,011	157±13,8 <0,001	96,4±14,6 <0,001	60,6±14,1 0,007	124,8±10,7 <0,001	77,9±19,4 0,158	5,72±1,55 0,57	2,95±0,77 0,06	2286±501 <0,001	1560±505 <0,001	0,85±0,21 0,322
Вторая группа, ГТ с АГ, n=82	59,8±8,0 <0,001	67,2±4,97 0,628	164,9±10,3 <0,001	100,3±5,1 <0,001	64,6±7,8 <0,001	129,8±9,4 <0,001	76,2±11,7 0,008	5,13±0,89 0,011	2,81±0,57 <0,001	2069±356 <0,001	1522±275 <0,001	0,74±0,10 <0,001
Третья группа, РА с АГ, n=33	47,2±8,12 <0,001	76±10,5 <0,001	151,2±15,05 <0,001	71,2±9,22 0,009	79,7±12,0 <0,001	105,5±11,2 <0,001	76,8±16,3 0,099	5,71±0,76 0,341	3,26±0,58 0,742	1386±222 0,185	1949±418 <0,001	1,42±0,32 <0,001
Здоровые, n=32	24,7±5,34 <0,001	67,8±7,6 <0,001	119,4±8,7 <0,001	66,2±5,2 <0,001	53,2±8,85 <0,001	91,2±5,54 <0,001	83,3±14,9 0,792	5,56±0,46 0,004	3,22±0,37 0,006	1323±149 <0,001	1184±227 <0,001	0,89±0,12 <0,001

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей гемодинамики пациентов первой, второй и третьей групп в сравнении с контролем; p* – статистическая значимость различий показателей гемодинамики между пациентами первой, второй и третьей групп; АГ – артериальная гипертензия; ЧСС – частота сердечных сокращений; САД – систолическое артериальное давление; ДАД – диастолическое артериальное давление; ПАД – пульсовое артериальное давление; Ср.АД – среднее артериальное давление; УО – ударный объем; МОК – минутный объем крови; СИ – сердечный индекс; ОПСС – общее периферическое сосудистое сопротивление; КОУ – коэффициент объёмной упругости.

сопутствующими заболеваниями. Больные с АГ не принимали регулярно антигипертензивные средства длительного действия в течение последних 2 нед.

В группу контроля (четвёртая группа) вошли 32 здоровых добровольца: 19 (59,4%) женщин и 13 (40,6%) мужчин в возрасте от 21 до 37 лет, в среднем 24,7±5,34 года. Критериями отбора пациентов в группу контроля являлись нормальные показатели липидного обмена (холестерин, триглицериды, липопротеины высокой и низкой плотности) и отсутствие сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе АГ, заболеваний эндокринной системы, болезни почек, анемии. АД в данной группе при исследовании не превышало 130/90 мм рт.ст.

Всем больным и здоровым проводили электрокардиографию и эхокардиографическое исследование. Перед проведением эхокардиографии и измерением АД пациент находился в горизонтальном положении в течение 30 мин.

По модели сердечно-сосудистой системы рассчитывали следующие параметры: КОУ, среднее АД, ОПСС, КОУ/ОПСС [7]. Систолическое и диастолическое АД определяли аускультативным методом. Пульсовое АД рассчитывали по формуле:

пульсовое АД = систолическое АД - диастолическое АД.

УО и частоту сердечных сокращений (ЧСС) определяли при эхокардиографии методом Тейхольца. МОК (л/мин) рассчитывали по формуле:

$$\text{МОК} = \text{УО} \times \text{ЧСС}.$$

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью компьютерных программ Statistica 8.0 и Biostat. Средние значения представлены в виде М±σ. Вероятность межгрупповых различий определяли с помощью однофакторного дисперсионного анализа и критерия Стьюдента. Вероятность различия качественных параметров оценивали по критерию z. Различия считали статистически значимыми при p < 0,05.

Показатели гемодинамики больных с АГ и здоровых лиц представлены в табл. 1.

Пациенты с АГ и здоровые лица отличались по возрасту. Это связано с тем, что жёсткость артериальной системы увеличивается с возрастом из-за развития атеросклероза и артериосклероза. Нашей задачей было минимизировать влияние этих факторов, поэтому в группу контроля (здоровых лиц) мы ввели добровольцев в возрасте до

45 лет с учётом отсутствия у них в анамнезе каких-либо указаний на болезни сердечно-сосудистой системы, в том числе повышение АД, и любые другие хронические заболевания.

Больные с АГ в сравнении с контрольной группой имели статистически значимо более высокие показатели жёсткости артериальной системы и ОПСС. Значения сердечного выброса отличались от здоровых лиц только у больных ГТ с АГ.

Между группами больных с АГ выявлены статистически значимые различия по АД, жёсткости артериальной системы и ОПСС. Так, при РА с АГ были выявлены наибольшие значения жёсткости (КОУ), при этом данные ОПСС сохранялись на уровне показателей здоровых людей. Увеличение системной жёсткости у больных РА подтверждается не только более высокими значениями КОУ в сравнении с другими группами больных с АГ, но и высоким пульсовым АД. Это соответствует общепризнанному мнению о роли жёсткости артериальной системы в увеличении последнего [2, 6].

У больных ГТ с АГ значения ОПСС были выше, чем в других группах. Роль повышения ОПСС у больных ГТ широко обсуждается. Предполагают, что выраженное повышение сосудистого тонуса у больных ГТ — неадекватная гемодинамическая реакция на уменьшение МОК. Кроме того, важную роль отводят мукоидному отёку и снижению эластичности сосудистой стенки артериол, а также задержке натрия в организме [5, 10].

При близких значениях МОК формирование АД будет определяться жёсткостью артериальной системы и ОПСС. Показатели КОУ и ОПСС с точки зрения гидродинамики определяют ту энергию, которая затрачивается на преодоление эластического сопротивления артериальной системы (КОУ), ОПСС [6]. Соотношение КОУ/ОПСС позволяет оценить, преобладание жёсткости над ОПСС, если КОУ/ОПСС >1; либо ОПСС над жёсткостью, если КОУ/ОПСС <1. Основываясь на этих положениях, в каждой группе обследуемых мы провели анализ распределения долей пациентов, у которых преобладала жёсткость артериальной системы (КОУ/ОПСС >1) или ОПСС (КОУ/ОПСС ≤1) (табл. 2).

В группе здоровых добровольцев 87,5% составили лица с преобладанием ОПСС, а у 12,5% преобладала жёсткость артериальной системы. Таким образом, группа здоровых

Таблица 2

Распределение пациентов по преобладанию жёсткости артериальной системы или общего периферического сосудистого сопротивления в обследуемых группах

Группы пациентов	КОУ/ОПСС>1	КОУ/ОПСС≤1	p
Первая группа, ГБ, n=63	14 (22,2%)	49 (77,8%)	<0,001
Вторая группа, ГТ с АГ, n=82	1 (1,2%)	81 (98,8%)	<0,001
Третья группа, РА с АГ, n=33	33 (100%)	0 (0%)	<0,001
Здоровые, n=32	4 (12,5%)	28 (87,5%)	0

Примечание: p — статистическая значимость различий долей в группах пациентов, определённых по критерию z; ГБ — гипертоническая болезнь; ГТ — гипотиреоз; АГ — артериальная гипертензия; РА — ревматоидный артрит; ОПСС — общее периферическое сосудистое сопротивление; КОУ — коэффициент объёмной упругости.

по данному показателю была неоднородной: присутствовали лица с преобладанием как ОПСС, так и жёсткости артериальной системы при нормальных значениях АД.

В группе пациентов с гипертонической болезнью в 77,8% случаев выявлено преобладание ОПСС, в 22,2% — преобладание жёсткости артериальной системы. Среднее значение КОУ/ОПСС составило 0,85±0,13 и статистически значимо не отличалось от здоровых лиц (0,89±0,12). Вероятно, это связано с тем, что у пациентов с гипертонической болезнью наблюдается гемодинамическая неоднородность: у одних больных основным звеном повышения АД является увеличение жёсткости артериальной системы, у других — увеличение ОПСС, у третьих — повышение сердечного выброса.

У больных РА с АГ соотношение КОУ/ОПСС составило в среднем 1,42±0,32, и у всех пациентов оно было больше 1. У больных ГТ с АГ соотношение КОУ/ОПСС составило 0,74±0,1, и только у 1 больного из 82 этот показатель был больше 1. Таким образом, можно предполагать, что у пациентов с ГТ в формировании АГ ведущее значение имеет увеличение ОПСС, а у больных РА — увеличение жёсткости артериальной системы.

ВЫВОДЫ

1. Среди здоровых добровольцев и пациентов с гипертонической болезнью присутствовали пациенты как с преобладанием общего периферического сосудистого сопротивления, так и с преобладанием жёсткости артериальной системы.

2. У всех больных ревматоидным артритом с артериальной гипертензией отмечено преобладание жёсткости артериальной системы над общим периферическим сосудистым сопротивлением.

3. У больных гипотиреозом с артериальной гипертензией выявлено преобладание общего периферического сосудистого сопротивления над жёсткостью артериальной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калев О.Ф., Строева В.С., Калева Н.Г. Ранняя диагностика и профилактика артериальной гипертензии. — М.: Практика, 2011. — 216 с. [Kalev O.F., Stroeva V.S., Kaleva N.G. Rannaya diagnostika i profilaktika arterial'noy gipertonii. (Early diagnosis and prevention of hypertension.) Moscow: Praktika. 2011: 216. (In Russ.)]

2. Каро К., Педли Т., Шротер Р., Суд У. Механика кровообращения. — М.: Мир, 1981. — 624 с. [Caro K., Padly T., Shrother R., Syd W. Mekhanika krovoobrashcheniya. (Hemodynamics.) Moscow: Mir. 1981: 624. (In Russ.)]

3. Никитин Ю.П., Лапицкая И.В. Артериальная жёсткость: показатели, методы определения и методологические трудности // Кардиология. — 2005. — Т. 45, №11. — С. 113–120. [Nikitin Yu.P., Lapitskaya I.V. Arterial stiffness: parameters, methods of assessment and methodological difficulties. *Kardiologiya*. 2005; 45 (11): 113–120. (In Russ.)]

4. Орлова Я.А., Агеев Ф.Т. Жёсткость артерий как интегральный показатель сердечно-сосудистого риска: физиология, методы оценки и медикаментозной коррекции // Сердце. — 2006. — Т. 5, №2. — С. 65–69. [Orlova Ya.A., Ageev F.T. Arterial stiffness as an integral

parameter of cardiovascular risk: physiology, methods of evaluation and pharmacological correction. *Serdtsse*. 2006; 5 (2): 65–69. (In Russ.)]

5. Пагаева Ф.П., Селиванова Г.Б., Джанашия П.Х. Артериальная гипертензия и гипотиреоз в фазе медикаментозной субкомпенсации // Рос. кардиол. ж. — 2006. — Т. 6, №62. — С. 29–34. [Pagaeva F.P., Selivanova G.B., Dzhanaishiya P.Kh. Arterial hypertension and hypothyrosis in pharmaceutical sub-compensation phase. *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal*. 2006; 6 (62): 29–34. (In Russ.)]

6. Савицкий Н.Н. Биофизические основы кровообращения и клинические методы изучения гемодинамики. — М.: Медицина, 1974. — 307 с. [Savitskiy N.N. Biofizicheskie osnovy krovoobrashcheniya i klinicheskie metody izucheniya gemodinamiki. (Biophysical bases of circulation and clinical methods for the study of hemodynamics.) Moscow: Meditsina. 1974: 307. (In Russ.)]

7. Терегулов Ю.Э., Терегулов А.Э. Жёсткость артериальной системы как фактор риска сердечно-сосудистых осложнений: методы оценки // Практ. мед. — 2011. — №4 (52). — С. 133–137. [Teregulov Yu.E., Teregulov A.E. The rigidity of the arterial system as a risk factor for cardiovascular events: methods of assessment. *Prakticheskaya meditsina*. 2011; 4 (52): 133–137. (In Russ.)]

8. Шхвацабая И.К. Внутрисердечная гемодинамика и клинико-патогенетические варианты течения гипертонической болезни // Кардиология. — 1977. — №10. — С. 8–18. [Shkhvatsabaya I.K. Intracardial hemodynamics and clinical and pathogenic variants of the clinical course of hypertension. *Kardiologiya*. 1977; 10: 8–18. (In Russ.)]

9. Arnett F.C., Edworthy S.M., Bloch D.A. et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis // *Arthritis Rheum.* — 1988. — Vol. 31. — P. 315–324.

10. Fazio S., Biondi B., Lupoly G. et al. Evaluation by noninvasive methods, of the effects of acute loss of thyroid hormones on the heart // *Angiology*. — 1992. — Vol. 43, N 4. — P. 287–293.

УДК 616.127-005.8: 616.89-008.442.4: 616-05: 615.851.13

T02

ЗНАЧЕНИЕ СЕКСУАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ В ПОЛОВОЙ САМОИДЕНТИФИКАЦИИ МУЖЧИН, ПЕРЕНЁСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Виктория Леонидовна Винтер^{*1,2}, Борис Егорович Алексеев¹

¹Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург,

²Северо-Западный филиал Федерального казённого учреждения «Центр экстренной психологической помощи» Министерства чрезвычайных ситуаций России, г. Санкт-Петербург

Реферат

Цель. Изучение влияния роли сексуальной активности в половой самоидентификации мужчин, перенёсших инфаркт миокарда.

Методы. Использованы оригинальное клиническое структурированное интервью, «Половой дифференциал», «Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS», «Методика диагностики типов отношения к болезни». В исследовании на базе кардиологического отделения восстановительного лечения городской больницы №40 Курортного административного района г. Санкт-Петербурга приняли участие 130 пациентов (средний возраст 53,5±7,09 года), находившихся на стационарном лечении по поводу перенесённого инфаркта миокарда. Разработана и апробирована модель краткосрочной психокоррекционной программы сексологической реабилитации пациентов мужского пола, перенёсших инфаркт миокарда. Оценку эффективности данной программы проводили путём сравнения результатов, полученных в экспериментальной (30 пациентов) и контрольной (30 пациентов, при реабилитации которых сексологические аспекты не учитывали) группах.

Результаты. При проведении структурированного интервью более половины опрошенных (62,2%) высоко оценили значимость сексуальных отношений, считая их очень важным компонентом жизни и источником наслаждения. Подавляющее большинство опрошенных пациентов (76,9%) сообщили о намерении возобновить сексуальную активность после заболевания. Установлены характеристики психосексуальной сферы пациентов мужского пола, перенёсших инфаркт миокарда: преобладание маскулинной половой идентификации (75,4%) и особенности