

*На правах рукописи*

**МАНЮГИНА Елена Алексеевна**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ  
КУРЯЩИХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

**Специальность 14.01.04 – Внутренние болезни**

**(медицинские науки)**

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Казань – 2018

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, доцент **Бурсиков Александр Валерьевич**

**Научный консультант:**

доктор медицинских наук, профессор **Худяков Алексей Валерьевич**

**Официальные оппоненты:**

**Мамедов Мехман Ниязи оглы** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий лабораторией по разработке междисциплинарного подхода в профилактике хронических неинфекционных заболеваний отдела профилактики коморбидных состояний ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России.

**Дроздецкий Сергей Ильич** – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры факультетской и поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России.

**Ведущая организация** – ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации.

Защита состоится «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г. в \_\_\_\_\_ часов на заседании объединенного диссертационного совета Д 999.190.02 при ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России и ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России по адресу: 420012, г. Казань, ул. Бутлерова д. 49.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России по адресу: 420012, г. Казань, ул. Бутлерова д. 49 и на сайте организации [www.kazangmu.ru](http://www.kazangmu.ru).

Автореферат разослан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

кандидат медицинских наук, доцент  **Лапшина Светлана Анатольевна**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность темы исследования

Эффективный контроль артериальной гипертензии (АГ) предполагает не только достижение целевого уровня АД, но и снижение суммарного кардиоваскулярного риска, в основе которого лежит коррекция модифицируемых факторов риска (ФР), связанных с поведенческими привычками пациента [Арутюнов Г. П., 2010; Бойцов С. А. и др., 2015; Шальнова С. А. и др., 2018]. АГ, курение и гиперхолестеринемия являются основными модифицируемыми ФР сердечно-сосудистых осложнений, имеющими высокую распространенность на территории Российской Федерации [Мамедов М. Н., Чепурина Н. А., 2012; Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я., 2014]. Эксперты Европейского бюро ВОЗ, обобщившие результаты многочисленных исследований роли психосоциальных факторов в развитии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), также относят психосоциальный стресс к ведущим ФР ССЗ у мужчин [Pikhart H., Pikhartova J., 2016].

Известно, что патогенное поведение (в частности, злоупотребление высококалорийными продуктами питания, курение, снижение физической активности) становится типичным явлением при хроническом стрессе [Kenfield S. A. et al., 2008] и выступает как способ саморегуляции эмоционального состояния [Трифонова Е. А., 2012]. Установлено, что «поддержка при нервном перенапряжении» является распространенным типом курительного поведения у пациентов с АГ [Бурсиков А. В., 2010]. Добиться положительных тенденций в отношении коррекции ФР особенно сложно у курящих пациентов с АГ [Козловский В. И., Симанович А. В., 2014]. В связи с этим возникает необходимость поиска новых способов лечения таких пациентов, в том числе подходов, касающихся образа жизни пациента и общих патогенетических механизмов курения и АГ [ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension, 2013].

Установлено, что терапевтическое обучение в рамках школы здоровья для пациентов с АГ способствует росту их информированности об АГ и методах ее контроля, увеличивая эффективность терапии АГ [Концевая А. В. и др., 2008; Шупина М. И. и др., 2013; Чазова И. Е. и др., 2014]. Перспективной формой обу-

чения с построением образовательного диалога с учетом индивидуальной избирательности обучающегося к содержанию и форме учебного материала является личностно-ориентированное обучение [Кодряну Л. И., 2005]. Особая роль при такой форме обучения отводится личному опыту обучающегося и формированию его мотивации к самостоятельному использованию полученных в ходе обучения знаний вне ситуаций, связанных с обучением [Якиманская И. С., 2000].

Недостаточная приверженность лечению и особенности курительного поведения пациентов с АГ диктуют необходимость индивидуализировать подход к комплексной терапии АГ и включить в программу их терапевтического обучения не только информацию о стрессе, но и о вариантах совладающего со стрессом поведения (ССП).

**Цель исследования** – оценить клиническую эффективность и влияние на динамику уровня сердечно-сосудистого риска, приверженность лечению, субъективную оценку заболевания комплексной терапии артериальной гипертонии с включением усовершенствованной программы терапевтического обучения курящих пациентов с артериальной гипертонией.

#### **Задачи исследования**

1. Определить целесообразность применения комплексной терапии артериальной гипертонии с включением усовершенствованной программы терапевтического обучения в школе здоровья для курящих пациентов с артериальной гипертонией.

2. Оценить клиническую эффективность и влияние на уровень суммарного сердечно-сосудистого риска комплексной терапии артериальной гипертонии с включением усовершенствованной программы терапевтического обучения курящих пациентов с артериальной гипертонией.

3. Оценить влияние комплексной терапии артериальной гипертонии с включением усовершенствованной программы терапевтического обучения на приверженность лечению и субъективную оценку заболевания.

4. Сопоставить клиническую эффективность и влияние на уровень суммарного сердечно-сосудистого риска комплексной терапии артериальной гипертонии

нии с включением усовершенствованной и типовой структурированной программ терапевтического обучения курящих пациентов с артериальной гипертонией.

### **Научная новизна**

Впервые получены данные об особенностях стратегий совладающего со стрессом поведения у курящих пациентов с артериальной гипертонией и обоснована необходимость проведения комплексной терапии артериальной гипертонии с включением усовершенствованной программы терапевтического обучения курящих пациентов с артериальной гипертонией для информирования этой категории пациентов о системе совладающего со стрессом поведения.

Предложены дополнения к комплексной терапии с включением типовой программы «Школы здоровья для пациентов с артериальной гипертонией», предназначенные для курящих пациентов и включающие информирование о системе совладающего со стрессом поведения, диагностику индивидуальных стратегий совладания и моделирование вариантов поведения в стрессовой ситуации.

Установлено, что в основе снижения уровня суммарного сердечно-сосудистого риска в комплексной терапии курящих пациентов с артериальной гипертонией с включением усовершенствованной программы терапевтического обучения лежит повышение приверженности к медикаментозному и немедикаментозному лечению, что способствует коррекции модифицируемых факторов кардиоваскулярного риска.

Выявлены преимущества комплексной терапии артериальной гипертонии с включением усовершенствованной программы терапевтического обучения курящих пациентов с артериальной гипертонией перед комплексной терапией артериальной гипертонии с включением типовой структурированной программы терапевтического обучения, заключающиеся в снижении уровня суммарного кардиоваскулярного риска, что обусловлено увеличением доли пациентов, достигших целевого уровня артериального давления и снизивших уровень общего холестерина через 6 месяцев наблюдения, модификации ряда факторов риска сердечно-сосудистых осложнений (уменьшению интенсивности курения, снижению массы тела).

## **Теоретическая и практическая значимость**

На основании установленных различий совладающего со стрессом поведения курящих и некурящих пациентов с артериальной гипертонией обоснована целесообразность включения в комплексную терапию артериальной гипертонии дополнения к типовой структурированной программе «Школы здоровья для пациентов с артериальной гипертонией», содержащее модифицированное занятие по стрессу, с целью информирования курящих пациентов о возможных вариантах совладающего со стрессом поведения и их индивидуальных вариантах.

Доказано, что включение в комплексную терапию артериальной гипертонии у курящих пациентов терапевтического обучения в «Школе здоровья для пациентов с артериальной гипертонией» по усовершенствованной программе повышает приверженность медикаментозному и немедикаментозному лечению и позволяет большему количеству пациентов достичь целевого уровня артериального давления, позитивно влияет на модификации ряда факторов риска сердечно-сосудистых осложнений (уменьшению интенсивности курения, снижению веса), способствует снижению уровня кардиоваскулярного риска и улучшению субъективной оценки заболевания.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Комплексную терапию артериальной гипертонии с включением терапевтического обучения курящих пациентов с артериальной гипертонией в школе здоровья целесообразно усовершенствовать посредством модификации занятия на тему «Стресс и здоровье», дополненного информацией о стратегиях совладающего со стрессом поведения в рамках личностно-ориентированного подхода к обучению.

2. Комплексная терапия артериальной гипертонии с включением усовершенствованной программы терапевтического обучения курящих пациентов с артериальной гипертонией обладает преимуществами перед комплексной терапией артериальной гипертонии с включением типовой структурированной программы, что выражается в большей частоте достижения целевого уровня артериального давления, коррекции ряда факторов кардиоваскулярного риска, уменьшении признаков поражения органов-мишеней, повышении привержен-

ности лечению, улучшении субъективной оценки заболевания, снижении уровня суммарного кардиоваскулярного риска.

### **Личное участие автора**

Диссертант лично сформулировал рабочую гипотезу, обосновал актуальность, научную новизну, практическую и теоретическую значимость диссертационного исследования, проанализировал 252 литературных источника (108 отечественных и 144 зарубежных) по теме диссертации, собрал научный материал, осуществил статистический анализ результатов, написал текст диссертации. Соискатель ученой степени лично провел занятия с курящими пациентами с артериальной гипертонией по программам типового структурированного и усовершенствованного терапевтического обучения.

### **Апробация работы**

Результаты исследования доложены на II Международной научно-практической конференции «Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе» (23–25 сентября 2010, г. Кострома); IX Российской научной конференции с международным участием «Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии» (18–19 мая 2011, г. Москва); V Междисциплинарном российском конгрессе «Человек и проблемы зависимостей: междисциплинарные аспекты» (25–27 мая 2011, г. Санкт-Петербург); II Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы медицинской реабилитации больных» (17–18 ноября 2014, г. Иваново); VI Международном форуме кардиологов и терапевтов (28–30 марта 2017, г. Москва); XII Российской научно-практической конференции с международным участием «Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии» (20–21 апреля 2017, г. Москва); I Межрегиональной научно-практической конференции «Технологии сохранения и укрепления здоровья в 21 веке: инновационный профиль» (27–28 апреля 2017, г. Иваново) и других научных конференциях.

По теме диссертации опубликовано 22 научные работы, в том числе 4 – в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий, рекомендованных ВАК Минобрнауки России.

## **Внедрение результатов исследования**

Комплексная терапия артериальной гипертонии с включением усовершенствованной программы терапевтического обучения курящих пациентов с артериальной гипертонией в школе здоровья внедрена в практику работы терапевтических отделений ОБУЗ «1-я городская клиническая больница» и ОБУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Иванова.

Материалы исследования используются в учебном процессе на кафедре пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России.

## **Объем и структура диссертации**

Диссертационная работа изложена на 150 страницах машинописного текста и состоит из введения, аналитического обзора литературы, описания материала и методов исследований, результатов собственных исследований, обсуждения полученных результатов, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 252 источника (108 отечественных и 144 иностранных). Диссертация иллюстрирована 14 рисунками, 36 таблицами.

## **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Для решения поставленных задач на базе терапевтического отделения ОБУЗ ГКБ № 7 г. Иваново и проведено обследование и лечение 172 мужчин с АГ. Критериями включения пациентов в исследование были: мужской пол, возраст от 30 до 65 лет, наличие АГ I–II стадии, информированность пациента о наличии у него АГ, наличие письменного информированного согласия на участие в исследовании. В исследование не включались пациенты с АГ симптоматического характера, АГ III стадии, с нарушением ритма и проводимости, с сахарным диабетом, с сопутствующими хроническими заболеваниями внутренних органов, требующими дополнительной терапии.

Исследование проводилось в три этапа. Целью первого этапа исследования было изучение особенностей ССП курящих пациентов с АГ и выявление различий в структуре ССП курящих и некурящих пациентов с АГ. В исследовании на этом этапе приняли участие 70 мужчин с АГ.



Пациенты были разделены на две группы: в первую вошли 35 курящих мужчин с АГ, средний возраст которых составил  $48,4 \pm 1,5$  года, давность выявления АГ –  $7,4 \pm 0,8$  года, «стаж» курения –  $18,3 \pm 1,6$  года, индекс курения –  $4,50 \pm 0,38$  пачка/лет, риск сердечно-сосудистых осложнений, рассчитанный по шкале SCORE, –  $8,22 \pm 0,83\%$ . Во вторую группу включены 35 некурящих мужчин с АГ, средний возраст которых составил  $46,7 \pm 1,3$  года, давность выявления АГ –  $7,8 \pm 0,5$  года, риск сердечно-сосудистых осложнений, рассчитанный по шкале SCORE, –  $7,60 \pm 0,53\%$ .

Исследование предпочитаемых стратегий ССП проводилось на четвертый-пятый день госпитализации с помощью копинг-теста Лазаруса. Для уточнения направленности (ориентации) ССП применялась методика С. Нормана. Далее результаты, полученные при обследовании пациентов, анализировались и формулировалось заключение.

Цель второго этапа – обоснование целесообразности применения комплексной терапии АГ с включением усовершенствованной программы терапевтического обучения курящих пациентов с АГ.

Усовершенствование типовой структурированной программы терапевтического обучения заключалось в модификации занятия «Стресс и здоровье» путем дополнения его четырехшаговой системой обучения основам теории ССП. Первым шагом было проведение тестирования пациентов с АГ с использованием следующих методик: копинг-теста Лазаруса, направленного на определение конкретных стратегий ССП, и методики С. Нормана, позволяющей выявить направленность (ориентацию) стратегий ССП. Вторым шагом было информирование пациентов о всех восьми возможных стратегиях ССП и трех возможных групповых ориентациях стратегий ССП. Третий шаг включал в себя анализ результатов тестирования и оценку частоты реализации стратегий ССП: уточнялось, какие стратегии ССП конкретный пациент использует наиболее часто, а какие – редко. Четвертым шагом было моделирование применения стратегий ССП в конкретных ситуациях. В качестве организационной формы обучения была использована апробированная лично-ориентированная модель [Ко-

драну Л. И., 2005]: использовался собственный опыт пациента, моделировались жизненные ситуации и обеспечивалась групповая поддержка.

Целью третьего этапа стала апробация комплексной терапии АГ с включением усовершенствованной программы терапевтического обучения курящих пациентов с АГ. На этом этапе работы было обследовано и проведено лечение 102 курящих пациентов мужчин с АГ. Клиническое обследование включало измерение АД, массы тела, окружности талии, рассчитывался индекс массы тела (ИМТ), методом опроса уточнялось количество выкуриваемых за день сигарет, рассчитывался индекс курения. С помощью лабораторно-инструментальных методов уточнялись основные параметры липидного обмена и функциональное состояние почек, выполнялось эхокардиография. Специальное обследование предполагало определение субъективной оценки заболевания пациентов с АГ (анкета «Способ оценки качества жизни пациентов с артериальной гипертонией» [Бурсиков А. В. и соавт., 2000]), уточнение степени никотиновой зависимости (в соответствии с тестом Фагерстрёма), диагностику конкретных стратегий преодоления стрессовой ситуации (копинг-тест Лазаруса) и групповой направленности совладающего поведения (методика С. Нормана и соавт.), определение приверженности лечению (опросник «Приверженность к лечению больного гипертонической болезнью» [Николаев Н. А., 2008]) и оценку регулярности приема лекарственных средств методом опроса в категориях: регулярный прием лекарственной терапии, прием лекарственных средств «при ухудшении» самочувствия и отсутствие медикаментозной терапии. В зависимости от желания пройти терапевтическое обучение по усовершенствованной программе пациенты были разделены на две группы.

В I группу вошли 52 курящих пациента, выразивших согласие на комплексную терапию АГ с включением терапевтического обучения по усовершенствованной программе с модифицированным занятием на тему «Стресс и здоровье». Средний возраст составил  $48,5 \pm 1,1$  года, давность выявления АГ –  $7,9 \pm 0,5$  года, средний уровень офисного САД –  $160,2 \pm 1,1$  мм рт. ст., ДАД –  $98,90 \pm 1,34$  мм рт. ст., «стаж» курения –  $17,9 \pm 1,2$  года, индекс курения –

4,69 ± 0,27 пачка/лет, риск сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE – 8,90 ± 0,96% (оценивался как высокий).

Во II группу включены 50 курящих пациентов, выразивших согласие на комплексную терапию АГ с включением терапевтического обучения в школе здоровья по типовой структурированной программе. Средний возраст составил 49,7 ± 1,1 года, давность выявления АГ – 7,6 ± 0,5 года, средний уровень офисного САД – 158,9 ± 1,1 мм рт. ст., ДАД – 96,7 ± 0,7 мм рт. ст., «стаж» курения – 19,2 ± 0,9 года, индекс курения – 5,28 ± 0,26 пачка/лет, риск сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE – 9,02 ± 0,90% (оценивался как высокий).

Курящие мужчины обеих групп были сопоставимы по ИМТ (27,85 ± 0,22 и 27,29 ± 0,29 кг/м<sup>2</sup>, p > 0,05) и окружности талии (104,42 ± 0,51 и 103,35 ± 0,99 см, p > 0,05), уровню общего холестерина (5,80 ± 0,08 и 5,68 ± 0,08 ммоль/л, p > 0,05), триглицеридов (ТГ) (1,72 ± 0,06 и 1,71 ± 0,07 ммоль/л, p > 0,05), холестерина липопротеидов низкой плотности (3,25 ± 0,09 и 3,21 ± 0,09 ммоль/л, p > 0,05), индексу атерогенности (3,89 ± 0,17 и 3,68 ± 0,19, p > 0,05), уровню креатинина крови (93,76 ± 0,72 и 92,86 ± 0,63 мкмоль/л, p > 0,05), экскретируемого альбумина (53,08 ± 5,74 и 56,80 ± 6,04 мг/л, p > 0,05) и скорости клубочковой фильтрации (СКФ) (82,64 ± 0,91 и 82,83 ± 0,84 мл/мин на 1,73 м<sup>2</sup>, p > 0,05). По данным эхокардиографии группы статистически не различались по индексу массы миокарда левого желудочка (132,52 ± 0,93 и 133,01 ± 1,00 г/м<sup>2</sup>, p > 0,05).

Всем пациентам была назначена медикаментозная антигипертензивная терапия: 14 (27%) пациентам I группы и 13 (26%) пациентам II группы – монотерапия антагонистом рецепторов к ангиотензину II (лозартаном) или ингибитором ангиотензинпревращающего фермента (лизиноприлом или берлиприлом), 38 (73%) пациентам I группы и 37 (74%) пациентам II группы – комбинированная терапия (антагонистом рецепторов к ангиотензину II и диуретиком или ингибитором ангиотензинпревращающего фермента и диуретиком). В соответствии с рекомендациями специалистов ESH/ESC пациентам с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском, а также пациентам с умеренным риском при наличии дислипотеидемии были назначены статины – 39 (75%)

пациентам I группы и 38 (76%) пациентам II группы. Эффективность лечения оценивалась через 6 месяцев после окончания обучения.

Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи программы Microsoft Excel 2010. Анализируемые количественные признаки имели нормальное распределение по методу Шапиро – Уилка, поэтому были использованы параметрические методы описательной статистики. Достоверность различий между двумя группами проверялась с помощью t-критерия Стьюдента для независимых выборок, различий в одной группе в различных точках – при помощи t-критерия Стьюдента для зависимых выборок.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

### **Особенности стратегий совладающего со стрессом поведения у курящих и некурящих пациентов с артериальной гипертонией**

Анализ напряженности (частоты использования) стратегий ССП показал, что у курящих пациентов с АГ наблюдается меньшая напряженность большинства стратегий ССП в сравнении с некурящими. Выявлены общие тенденции в структуре ССП курящих и некурящих пациентов с АГ: наиболее распространенной стратегией ССП у тех и других было планирование решения проблемы, в то время как стратегия бегства-избегания является наименее часто реализуемой. Это позволило охарактеризовать мужчин с АГ как пациентов, осознающих наличие проблемных ситуаций и прикладывающих усилия для разрешения возникших трудностей. Одновременно установлены отличия в структуре стратегий ССП у курящих и некурящих пациентов с АГ: во-первых, у курящих пациентов выявлена более высокая напряженность стратегии дистанцирования ( $p < 0,001$ ); во-вторых, некурящие пациенты с АГ существенно чаще, чем курящие, используют стратегии, направленные на поиск социальной поддержки ( $p < 0,001$ ) и положительную переоценку сложившейся ситуации ( $p < 0,001$ ) (рисунок 1).

Анализ направленности стратегий ССП показал, что стратегии ССП курящих мужчин с АГ в большей мере ориентированы на избегание и на решение задачи, в то время как механизмы, направленные на регуляцию переживаемых эмоций, имеют существенно меньшую напряженность (таблица 1).

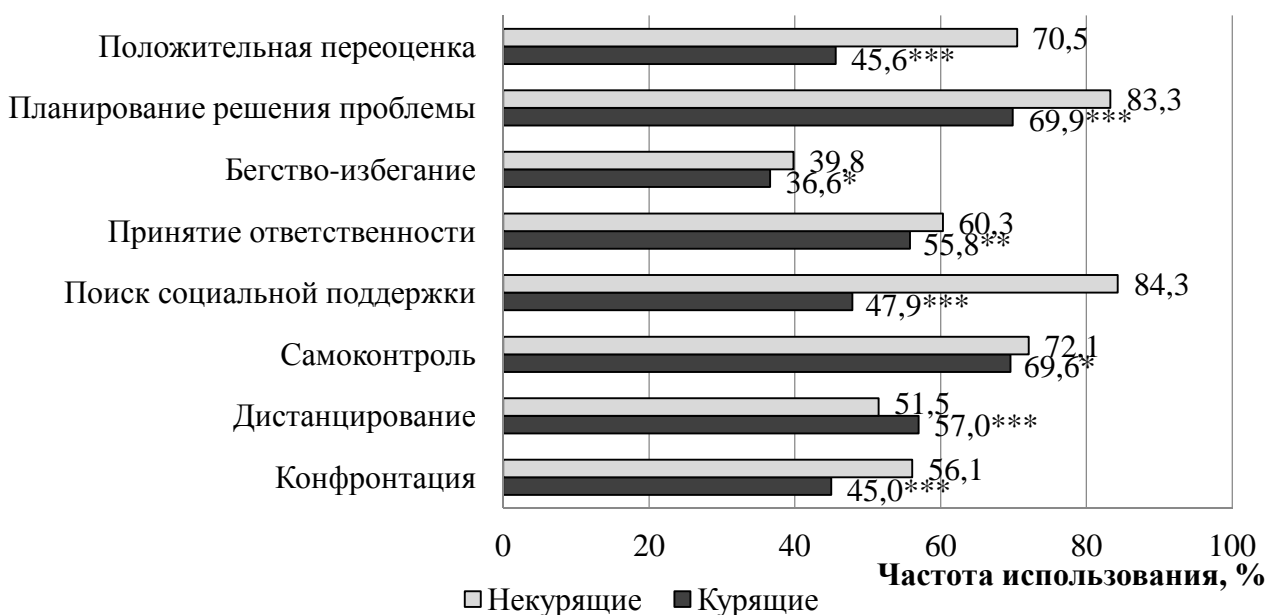


Рисунок 1 — Частота реализации различных стратегий совладающего поведения курящими и некурящими пациентами с артериальной гипертензией

Примечание: статистическая значимость различий между показателями курящих и некурящих пациентов: \* —  $p < 0,05$ , \*\* —  $p < 0,01$ , \*\*\* —  $p < 0,001$

Таблица 1 – Особенности направленности стратегий совладающего поведения у курящих и некурящих пациентов с артериальной гипертензией

Направленность стратегии	Частота выбора стратегии, %		p
	курящими пациентами	некурящими пациентами	
На решение задачи	$89,8 \pm 1,1$	$70,3 \pm 0,9$	$p < 0,001$
На эмоции	$22,4 \pm 0,4$	$43,1 \pm 0,3$	$p < 0,001$
На избегание	$63,8 \pm 1,5$	$43,9 \pm 1,8$	$p < 0,001$

Примечание: p – статистическая значимость различий между показателями курящих и некурящих пациентов.

Целью данного этапа было сравнение частоты использования различных стратегий ССП некурящих и курящих пациентов с АГ и выявление общих тенденций и различий. Исследование показало, что имеются различия как в структуре ССП, так и в направленности. Избираемые курящими пациентами стратегии ССП ориентированы как на избегание и дистанцирование, так и на решение задачи, то есть имеют место разнонаправленные противоречивые тенденции в направленности стратегий ССП. Это позволило сделать предположение, что именно невладение стратегиями ССП, ориентированными на регуляцию переживаемых эмоций и стабилизацию эмоционального состояния, является одной

из причин продолжения курения пациентами с АГ, несмотря на получение ими информации о неблагоприятном влиянии курения на развитие и течение заболевания, а определение особенностей ССП и информирование обо всех возможных вариантах ССП во время проведения модифицированного занятия «Стресс и здоровье» может явиться основой для совершенствования комплексной терапии АГ у курящих пациентов. Данное предположение согласуется с рекомендациями ESH/ESC о том, что положительные тенденции можно ожидать от применения методик, фокусирующихся на диагностике и совладании с ситуациями, провоцирующими курение.

### **Клиническая эффективность**

#### **комплексной терапии артериальной гипертензии у курящих пациентов по различным программам терапевтического обучения**

Через 6 месяцев на фоне комплексной терапии АГ целевой уровень АД был достигнут у 36 (69,2%) пациентов, получавших комплексную терапию АГ с включением терапевтического обучения по усовершенствованной программе, и у 25 (50%) пациентов, получавших комплексную терапию АГ с включением терапевтического обучения по типовой структурированной программе. Среднее САД и ДАД у пациентов I группы через 6 месяцев составляло соответственно  $131,1 \pm 1,8$  и  $83,7 \pm 0,7$  мм рт. ст. против  $137,9 \pm 2,4$  ( $p < 0,05$ ) и  $87,3 \pm 0,9$  мм рт. ст. ( $p < 0,01$ ) у пациентов II группы, что отображено на рисунке 2.

На фоне комплексной терапии АГ уровень общего холестерина снизился у 40 (76,9%) пациентов I группы и 24 (48%) пациентов II группы. Уровень ТГ у пациентов с АГ, получавших комплексную терапию АГ с включением терапевтического обучения по усовершенствованной программе, через 6 месяцев стал ниже среднего уровня ТГ пациентов, получавших комплексную терапию АГ с включением терапевтического обучения по типовой структурированной программе ( $p < 0,05$ ).

Масса тела пациентов I группы на фоне комплексной терапии стала меньше средней массы тела пациентов II группы ( $p < 0,001$ ). ИМТ пациентов I группы снизился до  $25,06 \pm 0,18$  кг/м<sup>2</sup> ( $p < 0,001$ ), а у пациентов II группы практически не изменился. Окружность талии пациентов, получавших комплексную терапию АГ с включением терапевтического обучения по усовершенствованной программе,

также через 6 месяцев была меньше, чем у пациентов, получавших комплексную терапию АГ с включением терапевтического обучения по типовой структурированной программе ( $p < 0,001$ ) (таблица 2).

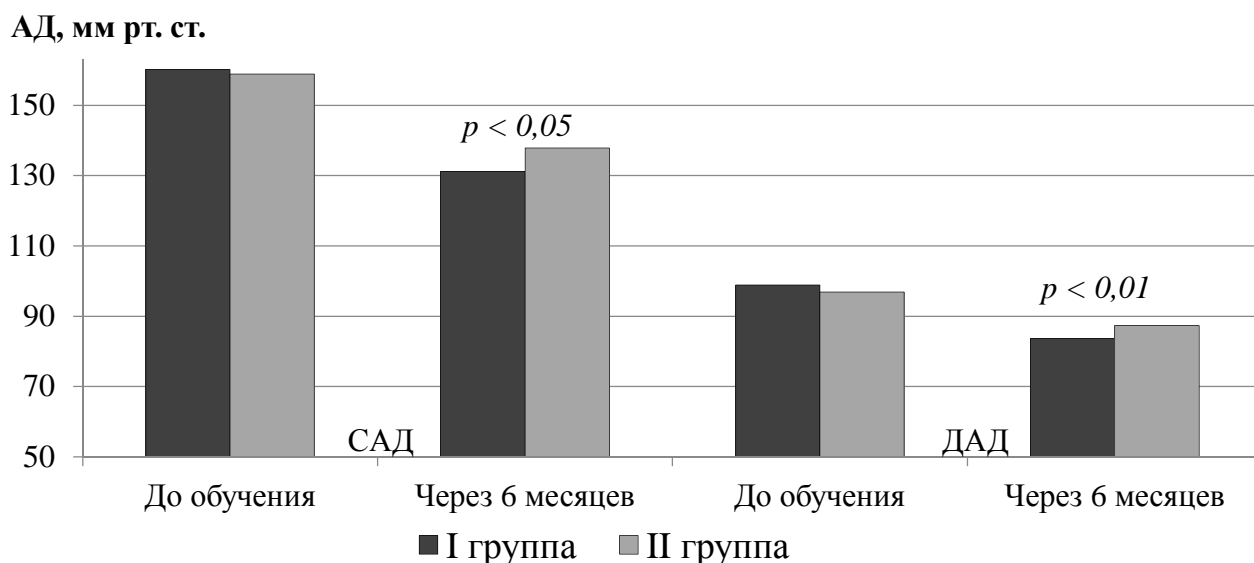


Рисунок 2 – Динамика артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией

Примечание:  $p$  – статистическая значимость различий

Таблица 2 – Динамика массы тела и окружности талии у пациентов с артериальной гипертензией на фоне комплексной терапии артериальной гипертензии с включением терапевтического обучения по усовершенствованной и типовой структурированной программам

Показатели	При включении в исследование		Через 6 месяцев на фоне комплексной терапии		$p$
	I группа	II группа	I группа	II группа	
Масса тела, кг	$89,98 \pm 0,68$	$90,13 \pm 1,00$	$85,54 \pm 0,60$	$90,01 \pm 0,86$	$p < 0,001$
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	$27,85 \pm 0,22$	$27,29 \pm 0,29$	$25,06 \pm 0,18$	$26,92 \pm 0,26$	$p < 0,001$
Окружность талии, см	$104,42 \pm 0,51$	$103,35 \pm 0,99$	$100,46 \pm 0,53$	$103,25 \pm 0,74$	$p < 0,001$

Примечание. Различия между I и II группами при включении в исследование не достигают уровня статистической значимости ( $p > 0,05$ ); статистическая значимость различий между показателями I и II групп на фоне комплексной терапии указана в последнем столбце.

Анализ динамики СКФ показал, что у пациентов, получавших комплексную терапию АГ с включением терапевтического обучения по усовершенствованной программе, СКФ увеличивалась с  $82,64 \pm 0,9$  до  $87,45 \pm 1,40$  мл/мин на  $1,73 \text{ м}^2$  ( $p < 0,01$ ), в то время как средняя СКФ пациентов II группы не имела

статистически значимых изменений по сравнению с исходной. Через 6 месяцев уровень альбумина в моче пациентов I группы был в среднем по группе на  $34,62 \pm 3,92$  мг/л ниже по сравнению с исходным уровнем ( $p < 0,001$ ) и статистически значимо ниже уровня пациентов II группы ( $p < 0,001$ ) (рисунок 3).

У пациентов обеих групп на фоне комплексной терапии АГ уменьшился индекс массы миокарда левого желудочка, однако статистически значимых различий между достигнутыми показателями выявлено не было. Также достоверно не различались достигнутые скорости E, A и их соотношение E/A, однако время изоволюметрического расслабления у пациентов I группы через 6 месяцев было достоверно меньше, чем у пациентов II группы ( $p < 0,05$ ).

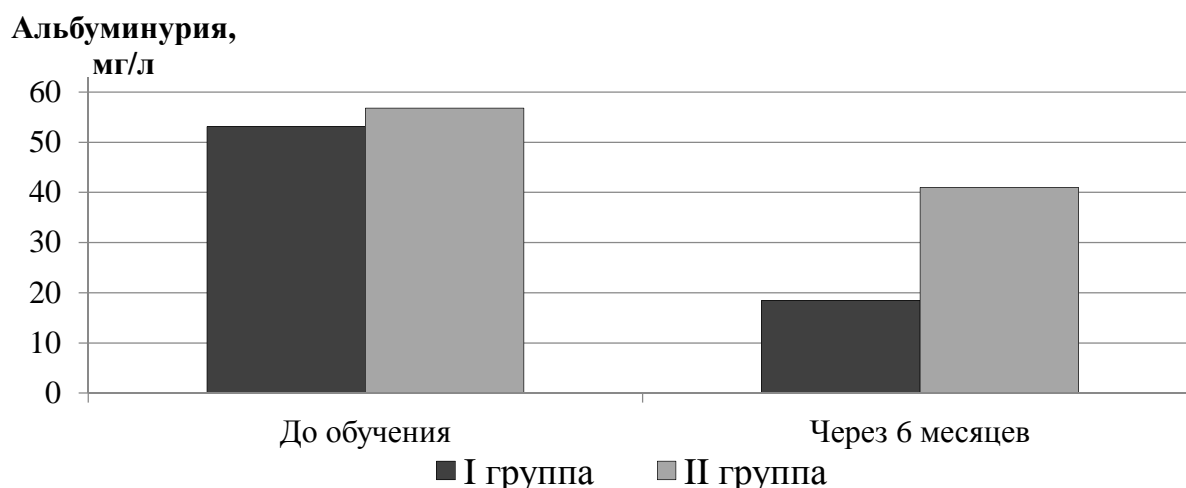


Рисунок 3 – Динамика альбуминурии у пациентов с артериальной гипертензией

Примечание: статистическая значимость различий между показателями I и II групп через 6 месяцев на фоне комплексной терапии:  $p < 0,001$

Через 6 месяцев 7 (13,5%) пациентов I группы и 2 (4%) пациента II группы прекратили курение, а кроме того, 7 (13,5%) мужчин, обучившихся по усовершенствованной программе, и 4 (8%) мужчины, прошедших типовое структурированное обучение, уменьшили количество выкуриваемых сигарет.

Таким образом, по истечению 6 месяцев в группе пациентов, получавших комплексную терапию АГ с включением терапевтического обучения по усовершенствованной программе, наблюдалось увеличение доли пациентов, снизивших уровень общего холестерина и достигших целевого уровня АД, а также было зафиксировано больше отказов от курения, что определило более



существенное снижение уровня суммарного кардиоваскулярного риска – с  $8,90 \pm 0,96$  до  $4,96 \pm 0,62\%$  – по сравнению с показателями пациентов, обучавшихся по типовой программе, – с  $9,02 \pm 0,90$  до  $7,06 \pm 0,92\%$  (рисунок 4).

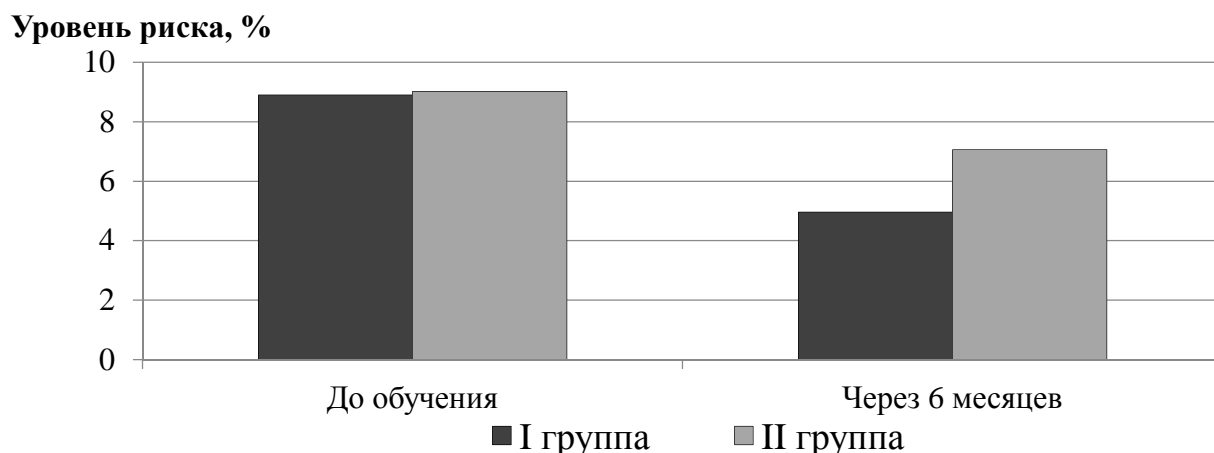


Рисунок 4 – Динамика уровней кардиоваскулярного риска у пациентов с артериальной гипертонией на фоне комплексной терапии

Примечание: статистическая значимость различий между показателями I и II групп на фоне комплексной терапии:  $p < 0,05$

В группе пациентов, получавших комплексную терапию АГ с включением усовершенствованного терапевтического обучения, число пациентов с высоким и очень высоким кардиоваскулярным риском уменьшилось с 37 (71,2%) до 20 (38,5%) ( $p < 0,001$ ), а число пациентов с умеренным кардиоваскулярным риском значительно увеличилось – с 15 (28,8%) до 29 (55,8%) ( $p < 0,001$ ) (рис. 4). Через 6 месяцев во II группе оставалось 29 (58%) пациентов с высоким и очень высоким риском и 20 (40%) пациентов с умеренным кардиоваскулярным риском.

Достижение целевого уровня АД было зафиксировано у 24 (46,2%) пациентов I группы и у 17 (34%) пациентов II группы ( $p < 0,05$ ), имевших при включении в исследование высокий и очень высокий кардиоваскулярный риск, а также у 12 (23%) пациентов I группы и у 7 (14%) пациентов II группы ( $p < 0,05$ ) с умеренным риском сердечно-сосудистых осложнений. Среди лиц, имевших высокий и очень высокий кардиоваскулярный риск, отказались от курения 2 (3,8%) пациента I группы и 1 (2%) пациент II группы, а среди лиц с умеренным кардиоваскулярным риском – 5 (9,6%) пациентов I группы и 1 (2%) пациент II группы ( $p < 0,01$ ). Уровень общего холестерина через 6 месяцев снизился

у 28 (53,9%) пациентов I группы и 19 (38%) пациентов II группы, имевших высокий и очень высокий кардиоваскулярный риск ( $p < 0,05$ ), а также у 12 (23%) пациентов I группы и 5 (10%) пациентов II группы ( $p < 0,01$ ), имевших умеренный риск сердечно-сосудистых осложнений.

Таким образом, комплексная терапия АГ с включением усовершенствованной программы терапевтического обучения курящих пациентов с АГ показала большую эффективность в отношении достижения целевого уровня АД, нормализации показателей липидного обмена и массы тела, уменьшения экскреции альбумина, способствовала уменьшению интенсивности табакокурения.

Проведенные исследования показали большее влияние комплексной терапии АГ с включением усовершенствованного терапевтического обучения на субъективную оценку заболевания. Суммарная субъективная оценка заболевания была статистически значимо лучше ( $p < 0,001$ ) в группе пациентов, обучавшихся по усовершенствованной программе, и составила  $22,94 \pm 1,42$  балла против  $37,14 \pm 1,87$  балла у пациентов, выбравших типовое структурированное обучение. На фоне комплексной терапии пациенты группы усовершенствованного обучения отличались достоверно меньшей частотой симптомов заболевания ( $p < 0,001$ ), лучшим восприятием заболевания ( $p < 0,001$ ) и большими функциональными возможностями ( $p < 0,001$ ) (таблица 3).

Таблица 3 – Динамика субъективной оценки заболевания пациентов с артериальной гипертензией на фоне комплексной терапии артериальной гипертензии с включением терапевтического обучения по усовершенствованной и типовой структурированной программам

Показатели субъективной оценки заболевания	При включении в исследование		Через 6 месяцев на фоне комплексной терапии		p
	I группа	II группа	I группа	II группа	
Симптомы, баллы	$18,75 \pm 0,89$	$20,32 \pm 1,13$	$10,19 \pm 0,75$	$15,86 \pm 0,73$	$p < 0,001$
Восприятие, баллы	$9,71 \pm 0,76$	$10,12 \pm 0,70$	$5,56 \pm 0,36$	$7,78 \pm 0,47$	$p < 0,001$
Функциональные возможности, баллы	$15,12 \pm 1,41$	$18,66 \pm 1,37$	$7,19 \pm 0,54$	$13,50 \pm 0,93$	$p < 0,001$
Субъективная оценка заболевания, баллы	$43,58 \pm 2,56$	$49,10 \pm 2,86$	$22,94 \pm 1,42$	$37,14 \pm 1,87$	$p < 0,001$

Примечание. Различия между I и II группами при включении в исследование не достигают уровня статистической значимости ( $p > 0,05$ ); статистическая значимость различий между показателями I и II групп на фоне комплексной терапии указана в последнем столбце.

Модификация терапевтического обучения привела к изменению структуры избираемых пациентами стратегий ССП. В обеих группах увеличилась частота использования стратегий поиска социальной поддержки и положительной переоценки.

Дополнительно у пациентов с АГ, обучавшихся по усовершенствованной программе, наблюдалось увеличение частоты использования стратегии планирования решения проблемы и уменьшение частоты реализации стратегии дистанцирования (таблица 4).

Таблица 4 – Динамика напряженности стратегий совладающего поведения у пациентов с артериальной гипертонией на фоне комплексной терапии с включением терапевтического обучения по усовершенствованной и типовой структурированной программам

Стратегии	Частота выбора стратегии, %				p
	при включении в исследование		через 6 месяцев на фоне комплексной терапии		
	I группа	II группа	I группа	II группа	
Конфронтация	44,52 ± 0,50	43,72 ± 0,56	45,63 ± 1,40	42,97 ± 0,68	p > 0,05
Дистанцирование	58,85 ± 0,76	63,97 ± 0,89	49,77 ± 1,08	65,43 ± 1,01	p < 0,001
Самоконтроль	66,18 ± 0,82	64,77 ± 0,89	64,61 ± 0,71	65,36 ± 0,94	p > 0,05
Поиск социальной поддержки	48,20 ± 0,59	48,84 ± 0,67	64,48 ± 1,68	51,63 ± 1,01	p < 0,001
Принятие ответственности	56,22 ± 0,73	57,73 ± 0,73	59,53 ± 2,04	58,06 ± 0,93	p > 0,05
Бегство-избегание	38,13 ± 0,47	37,66 ± 0,55	37,16 ± 0,51	38,50 ± 0,67	p > 0,05
Планирование решения проблемы	69,89 ± 0,98	68,99 ± 1,00	76,34 ± 1,11	68,11 ± 0,86	p < 0,001
Положительная переоценка	44,14 ± 0,56	45,07 ± 0,59	67,47 ± 1,04	49,27 ± 0,89	p < 0,001

Примечание. Различия между I и II группами при включении в исследование не достигают уровня статистической значимости (p > 0,05); статистическая значимость различий между показателями I и II групп на фоне комплексной терапии указана в последнем столбце.

Анализ направленности стратегий совладающего поведения показал, что в обеих группах на протяжении всего исследования доминирующей направленностью стратегий ССП была ориентация на решение задачи. Однако через 6 месяцев после окончания усовершенствованного терапевтического обучения пациенты I группы в два раза чаще реализовали стратегии ССП, направленные на стабилизацию эмоционального состояния ( $p < 0,001$ ) и реже применяли стратегии, ориентированные на избегание ( $p < 0,001$ ) (таблица 5).

Таблица 5 – Динамика направленности стратегий совладающего поведения у пациентов с артериальной гипертонией на фоне комплексной терапии с включением терапевтического обучения по усовершенствованной и типовой структурированной программам

Ориентация стратегии	Частота выбора стратегии, %				p
	при включении в исследование		через 6 месяцев на фоне комплексной терапии		
	I группа	II группа	I группа	II группа	
На решение задачи	88,76 ± 1,02	87,30 ± 1,25	89,23 ± 1,11	87,60 ± 0,68	p > 0,05
На эмоции	23,31 ± 0,38	24,13 ± 0,39	45,17 ± 0,76	25,22 ± 0,63	p < 0,001
На избегание	63,91 ± 1,13	65,72 ± 1,17	49,97 ± 0,93	63,84 ± 1,21	p < 0,001

Примечание. Различия между I и II группами при включении в исследование не достигают уровня статистической значимости ( $p > 0,05$ ); статистическая значимость различий между показателями I и II групп на фоне комплексной терапии указана в последнем столбце.

Таким образом, совладающее поведение пациентов, обучавшихся по усовершенствованной методике, через 6 месяцев отличалось от такового у пациентов, обучавшихся по типовой программе, более частым обращением к социальной среде для получения действенной помощи в стрессовой ситуации и более частой переоценке приоритетов, а также более частым планированием и реализацией действий, способствующих разрешению стрессовой ситуации при одновременном уменьшении количества попыток отстранения от возникших проблем.

Анализ приверженности лечению, проведенный при помощи методики Н. А. Николаева, показал, что через 6 месяцев у пациентов I группы были выше приверженность к модификации образа жизни ( $p < 0,05$ ), приверженность к лекарственной терапии ( $p < 0,01$ ), приверженность к медицинскому

сопровождению ( $p < 0,001$ ) и суммарный индекс приверженности к лечению, который составил  $69,96 \pm 0,97$  балла у пациентов I группы и  $60,98 \pm 1,04$  балла ( $p < 0,001$ ) у пациентов II группы (таблица 6).

Таблица 6 – Динамика приверженности лечению пациентов с артериальной гипертензией на фоне комплексной терапии с включением терапевтического обучения по усовершенствованной и типовой структурированной программам

Показатели приверженности	Оценка приверженности, баллы				p
	при включении в исследование		через 6 месяцев на фоне комплексной терапии		
	II группа	I группа	I группа	II группа	
Индекс важности модификации образа жизни	$19,75 \pm 0,32$	$19,14 \pm 0,48$	$22,00 \pm 0,71$	$20,60 \pm 0,69$	$p > 0,05$
Индекс важности лекарственной терапии	$17,71 \pm 0,46$	$18,52 \pm 0,56$	$18,58 \pm 0,47$	$17,48 \pm 0,42$	$p > 0,05$
Индекс важности медицинского сопровождения	$16,48 \pm 0,55$	$17,10 \pm 0,52$	$21,27 \pm 0,61$	$18,18 \pm 0,55$	$p < 0,001$
Индекс важности лечения	$53,94 \pm 0,73$	$54,76 \pm 0,96$	$61,85 \pm 1,09$	$56,26 \pm 1,01$	$p < 0,001$
Приверженность модификации образа жизни	$20,02 \pm 0,36$	$19,56 \pm 0,45$	$23,77 \pm 0,61$	$21,36 \pm 0,78$	$p < 0,05$
Приверженность лекарственной терапии	$17,81 \pm 0,39$	$17,68 \pm 0,49$	$20,29 \pm 0,47$	$18,30 \pm 0,47$	$p < 0,01$
Приверженность медицинскому сопровождению	$19,58 \pm 0,64$	$19,06 \pm 0,42$	$25,90 \pm 0,46$	$21,32 \pm 0,64$	$p < 0,001$
Суммарный индекс приверженности лечению	$57,40 \pm 0,81$	$56,30 \pm 0,72$	$69,96 \pm 0,97$	$60,98 \pm 1,04$	$p < 0,001$
Индекс эффективности модификации образа жизни	$2,35 \pm 0,06$	$2,55 \pm 0,09$	$1,92 \pm 0,10$	$2,30 \pm 0,11$	$p < 0,05$
Индекс эффективности лекарственной терапии	$3,02 \pm 0,10$	$2,99 \pm 0,13$	$2,54 \pm 0,09$	$3,0 \pm 0,11$	$p < 0,01$
Индекс эффективности медицинского сопровождения	$3,06 \pm 0,12$	$2,96 \pm 0,11$	$1,74 \pm 0,06$	$2,56 \pm 0,12$	$p < 0,001$
Индекс ожидаемой эффективности лечения	$2,80 \pm 0,05$	$2,84 \pm 0,08$	$2,20 \pm 0,06$	$2,70 \pm 0,07$	$p < 0,001$

Примечание. Различия между I и II группами при включении в исследование не достигают уровня статистической значимости ( $p > 0,05$ ); статистическая значимость различий между показателями I и II групп на фоне комплексной терапии указана в последнем столбце.

В целом пациенты группы усовершенствованного обучения отличались лучшими показателями приверженности, рассчитанными по методике Н. А. Николаева, что отразилось на регулярности приема медикаментозной терапии. Через 6 месяцев на фоне комплексной терапии в группе пациентов, обучавшихся по усовершенствованной методике, статистически значимо увеличилась доля лиц, регулярно принимающих назначенную терапию (44 (84,6%) против 35 (70%),  $p < 0,05$ ).

Таким образом, включение в комплексную терапию АГ терапевтического обучения по усовершенствованной программе способствовало повышению адаптивности ССП и уменьшению выраженности эмоционального напряжения у курящих пациентов с АГ, что повысило их приверженность лечению. Увеличение частоты реализации эмоционально-ориентированных стратегий ССП приближает прошедших обучение курящих пациентов с АГ по характеру реагирования в стрессовых ситуациях к некурящим пациентам с АГ и, возможно, способствует снижению нервного перенапряжения, являющегося лидирующей причиной продолжения курения у мужчин с АГ. Повышение приверженности лечению в свою очередь оказывает позитивное влияние на ряд модифицируемых ФР, в том числе интенсивность курения, что способствует снижению уровня суммарного кардиоваскулярного риска.

## **ВЫВОДЫ**

1. Целесообразность применения в комплексной терапии артериальной гипертонии у курящих пациентов усовершенствованной программы терапевтического обучения в школе здоровья, содержащей модифицированное занятие на тему «Стресс и здоровье», определяется различиями в частоте реализации и направленности стратегий совладающего со стрессом поведения: курящие пациенты реже используют стратегии совладающего поведения, ориентированные на регуляцию переживаемых эмоций, в отличие от некурящих пациентов, которые их активно реализуют; курящие пациенты чаще применяют стратегию по типу дистанцирования и реже — стратегии, направленные на получение социальной поддержки, планирование решения проблемы и положительную переоценку.

2. Комплексная терапия артериальной гипертонии с включением усовершенствованной программы терапевтического обучения курящих пациентов с артериальной гипертонией позволила через 6 месяцев 69,2% пациентам достичь целевой уровень артериального давления, 76,9% пациентам снизить уровень общего холестерина, 13,5% пациентам отказаться от курения и дополнительно 13,5% пациентам уменьшить количество выкуриваемых сигарет, а также способствовала в среднем по группе снижению массы тела на  $4,44 \pm 0,24$  кг, окружности талии на  $3,96 \pm 0,31$  см, уровня экскретируемого альбумина на  $34,62 \pm 3,92$  мг/л и уровня суммарного кардиоваскулярного риска по шкале SCORE с  $8,90 \pm 0,96\%$  до  $4,96 \pm 0,62\%$ .

3. Применение комплексной терапии, включающей медикаментозную терапию и усовершенствованную программу терапевтического обучения курящих пациентов с артериальной гипертонией в 2,3 раза увеличивает количество пациентов, регулярно принимающих медикаментозную терапию, и в 4 раза снижает количество пациентов, принимающих назначенные лекарственные препараты «при ухудшении» самочувствия, улучшает субъективную оценку заболевания (снижает на 45,7% частоту симптомов заболевания, на 52,4% увеличивает функциональные возможности пациентов и на 42,7% улучшает восприятие заболевания).

4. Комплексная терапия артериальной гипертонии с включением усовершенствованной программы терапевтического обучения курящих пациентов с артериальной гипертонией обладает большей эффективностью в сравнении с комплексной терапией артериальной гипертонии с включением типовой программы: на 19,2% увеличивает долю пациентов, достигших целевой уровень артериального давления через 6 месяцев наблюдения, на 28,9% увеличивает долю пациентов, снизивших уровень общего холестерина сыворотки крови, на 15% эффективнее снижает интенсивность курения, что позволяет большему количеству пациентов перейти в группу более низкого кардиоваскулярного риска.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

В рамках комплексной терапии артериальной гипертензии, включающей терапевтическое обучение, рекомендовано модифицировать занятие на тему «Стресс и здоровье» в программе терапевтического обучения курящих пациентов с артериальной гипертензией с целью информирования курящих пациентов о возможных вариантах совладающего со стрессом поведения и их индивидуальных вариантах.

Для реализации комплексной терапии артериальной гипертензии с использованием усовершенствованной программы терапевтического обучения курящих пациентов с артериальной гипертензией следует обеспечить дополнительное информирование преподавателя школы здоровья о системе совладающего со стрессом поведения и методике личностно-ориентированного обучения.

Эффективность комплексной терапии артериальной гипертензии с включением усовершенствованной программы терапевтического обучения курящих пациентов рекомендуется оценивать по общепринятым клиническим критериям: модификации факторов сердечно-сосудистого риска, регрессу поражения органов-мишеней, динамики в отношении уровня сердечно-сосудистого риска, субъективной оценки заболевания, приверженности лечению.

### **ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ**

Учитывая полученные данные, необходимо проведение дальнейших исследований для изучения влияния гендерных и возрастных особенностей пациентов, уровня их образования и социально-экономического статуса, степени никотиновой зависимости на эффективность предложенной комплексной терапии с включением усовершенствованной программы терапевтического обучения. Представляется актуальным адаптировать полученные новые знания об эффективности комплексной терапии артериальной гипертензии с включением усовершенствованной программы терапевтического обучения в систему персонализированного углубленного профилактического консультирования.



**СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Бурсиков, А. В. Причины сохранения никотиновой зависимости у мужчин с артериальной гипертонией / А. В. Бурсиков, **Е. А. Манюгина**, И. В. Карманова // Кардиология без границ : материалы Российского национального конгресса кардиологов в журнале «Кардиоваскулярная терапия и профилактика». – 2007. – Т. 6, № 5, Приложение № 1. – С. 48–49.
2. Манюгина, Е. А. Причины продолжения курения у мужчин, страдающих артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца в сочетании с артериальной гипертонией / Е. А. Манюгина // Областной фестиваль «Молодые ученые – развитию Ивановской области» : материалы научно-практической конференции студентов и молодых ученых ИвГМА «Неделя науки – 2008». – Иваново, 2008. – С. 38.
3. Манюгина, Е. А. Особенности статуса курящего пациента при артериальной гипертонии / Е. А. Манюгина, А. В. Бурсиков // Артериальная гипертония: новые аспекты патогенеза, возрастные и гендерные особенности : материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Иваново, 2008 – С. 135–137.
4. Манюгина, Е. А. Структура никотиновой зависимости у мужчин, страдающих артериальной гипертонией / Е. А. Манюгина // Областной фестиваль «Молодые ученые – развитию Ивановской области» : материалы научно-практической конференции студентов и молодых ученых ИвГМА «Неделя науки – 2009». – Иваново, 2009. – С. 76.
5. Манюгина, Е. А. Типы отношения к болезни и механизмы стресс-совладающего поведения у пациентов с артериальной гипертонией / Е. А. Манюгина // Областной фестиваль «Молодые ученые – развитию Ивановской области» : материалы 90-й юбилейной ежегодной научно-практической конференции студентов и молодых ученых ИвГМА «Неделя науки – 2010», посвященной 80-летию академии. – Иваново, 2010. – С. 55.
6. Манюгина, Е. А. Механизмы психологической защиты личности в состоянии болезни / Е. А. Манюгина // Молодая наука в классическом университете : тезисы докладов научных конференций фестиваля студентов, аспирантов и молодых ученых. – Иваново, 2010. – Ч. 5. – С. 64–65.
7. Манюгина, Е. А. Механизмы психологической защиты и копинг-стратегии у пациентов с артериальной гипертонией / Е. А. Манюгина, А. В. Бурсиков, Е. В. Лукьянова // Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе : материалы II Международной научно-практической конференции. – Кострома, 2010. – Т. 1. – С. 94–96.
8. Бурсиков, А. В. Механизмы психологической защиты и типы отношения к болезни у пациентов с артериальной гипертонией / А. В. Бурсиков, **Е. А. Манюгина** // **Вестник Ивановской медицинской академии.** – 2010. – Т. 15, № 2. – С. 48–49.
9. Бурсиков, А. В. Особенности курительного поведения и никотиновой зависимости у мужчин, страдающих артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца в сочетании с артериальной гипертонией / А. В. Бурсиков, **Е. А. Манюгина** // **Артериальная гипертензия.** – 2010. – Т. 16, № 6. – С. 599–603.
10. Манюгина, Е. А. Типы отношения к болезни и механизмы стресс-совладающего поведения у пациентов с артериальной гипертонией / Е. А. Манюгина // Областной фестиваль

«Молодые ученые – развитию Ивановской области» : материалы 91-й ежегодной научно-практической конференции студентов и молодых ученых «Неделя науки – 2011». – Иваново, 2011. – С. 70.

11. Манюгина, Е. А. Механизмы стресс-совладающего поведения и типы отношения к болезни у курящих пациентов с артериальной гипертензией / Е. А. Манюгина, А. В. Бурсиков // Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии : материалы IX Российской научной конференции с международным участием. – Москва, 2011. – С. 80.
12. Манюгина, Е. А. Копинг-стратегии у курящих пациентов с артериальной гипертензией / Е. А. Манюгина, А. В. Бурсиков // Человек и проблемы зависимостей: междисциплинарные аспекты : материалы V Междисциплинарного российского конгресса в журнале «Профилактическая и клиническая медицина». – 2011. – Т. 1, № 2 (39). – С. 241–242.
13. Манюгина, Е. А. Приверженность к лечению и особенности защитно-совладающего поведения у пациентов с артериальной гипертензией / Е. А. Манюгина // Областной фестиваль «Молодые ученые – развитию Ивановской области» : материалы 92-й ежегодной итоговой научно-практической конференции студентов и молодых ученых «Неделя науки – 2012», посвященной 110-летию со дня рождения профессора С. Д. Носова. – Иваново, 2012. – С. 72.
14. Манюгина Е. А. Дифференцированный подход курящих пациентов с артериальной гипертензией к участию в программе терапевтического обучения / Е. А. Манюгина // Областной фестиваль «Молодая наука – развитию Ивановской области» : материалы 93-й научно-практической конференции студентов и молодых ученых «Неделя науки – 2013», посвящённой 100-летию со дня рождения заслуженного деятеля науки РСФСР, доктора медицинских наук, профессора Е. С. Мясоедова. – Иваново, 2013. – С. 78.
15. Манюгина, Е. А. Роль стресс-совладающего поведения в формировании отношения к болезни у курящих пациентов с артериальной гипертензией / Е. А. Манюгина, А. В. Бурсиков, О. В. Швагер // **Артериальная гипертензия.** – 2014. – Т. 20, № 4. – С. 280–287.
16. Манюгина, Е. А. Клиническая эффективность программы лечения курящих пациентов с артериальной гипертензией / Е. А. Манюгина, А. В. Бурсиков, Л. Г. Варенцова // Актуальные проблемы медицинской реабилитации больных : материалы II Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. – Иваново, 2014. – С. 99–101.
17. Манюгина, Е. А. Возможности усовершенствованного терапевтического обучения в коррекции модифицируемых факторов риска у курящих пациентов с артериальной гипертензией / Е. А. Манюгина, А. В. Бурсиков // Материалы VI Международного форума кардиологов и терапевтов в журнале «Кардиоваскулярная терапия и профилактика». – 2017. – Т. 16. – С. 192–193.
18. Манюгина, Е. А. Модификация терапевтического обучения и его влияние на факторы сердечно-сосудистого риска у курящих мужчин с артериальной гипертензией / Е. А. Манюгина, А. В. Бурсиков // Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека : материалы III Всероссийской образовательно-научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием. – Иваново, 2017. – С. 113–114.

19. Манюгина, Е. А. Влияние усовершенствованного терапевтического обучения на субъективную оценку заболевания и структуру стратегий стресс-совладающего поведения курящих пациентов с артериальной гипертонией / Е. А. Манюгина, А. В. Бурсиков // Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии : материалы XII Научно-практической конференции (РосОКР) с международным участием в журнале CardioСоматика. – 2017. – Т. 8, № 1. – С. 52.
20. Манюгина, Е. А. Потенциал модифицированного терапевтического обучения в коррекции факторов риска у курящих мужчин с артериальной гипертензией / Е. А. Манюгина, А. В. Бурсиков // Технологии сохранения и укрепления здоровья в 21 веке: инновационный профиль : сборник научных трудов ООО «Института актуальных исследований и технологий». – Иваново, 2017. – С. 17–19.
21. Бурсиков А. В. Перспективы совершенствования терапевтического обучения курящих пациентов с артериальной гипертонией / А. В. Бурсиков, **Е. А. Манюгина** // Актуальные вопросы профилактики, ранней диагностики, лечения и медицинской реабилитации больных с неинфекционными заболеваниями и травмами : материалы V Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. – Иваново, 2017. – С. 168–170.
22. Технологии модификации образа жизни больных артериальной гипертонией / Д. Л. Мушников, А. А. Груздева, **Е. А. Манюгина** [и др.] // **Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке.** – 2017. – Т. 19, № 12. – С. 113–117.

### СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ	артериальная гипертония
АД	артериальное давление
ДАД	диастолическое артериальное давление
ИМТ	индекс массы тела
САД	систолическое артериальное давление
СКФ	скорость клубочковой фильтрации
ССЗ	сердечно-сосудистое заболевание
ССП	совладающее со стрессом поведение
ТГ	триглицериды
ФР	фактор риска