

ISSN 1607-419X
ISSN 2411-8524 (Online)
УДК 613.84-08: 616.12-008.331

Эффективность оптимизированного терапевтического обучения в коррекции модифицируемых факторов риска у курящих пациентов с артериальной гипертензией

Е. А. Манюгина¹, А. В. Бурсиков²

¹ Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 7», Иваново, Россия

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иваново, Россия

Контактная информация:

Бурсиков Александр Валерьевич,
ФГБОУ ВО Ивановская ГМА
Минздрава России,
Шереметевский пр., д. 8, Иваново,
Россия, 153012.
Тел.: +7(4932)29-48-97.
E-mail: a.v.bursikov@mail.ru

*Статья поступила в редакцию
08.02.17 и принята к печати 24.05.17.*

Резюме

Актуальность. Стратегия, направленная на снижение суммарного сердечно-сосудистого риска, предполагает усиление внимания на личность пациента и формирование у него мотивации к изменению образа жизни. Недостаточная приверженность лечению и особенности стресс-совладающего поведения курящих пациентов с артериальной гипертензией (АГ) свидетельствуют о необходимости усовершенствования подхода к терапевтическому обучению и включению в программу обучения не только информации о стрессе, но и о вариантах стресс-совладающего поведения. **Цель исследования** — определить эффективность оптимизированного терапевтического обучения в коррекции модифицируемых факторов у курящих пациентов с АГ. **Материалы и методы.** Было обследовано 102 курящих пациента — мужчин с АГ, из них 52 курящих мужчины (средний возраст $48,5 \pm 1,05$ года) с давностью выявления АГ $7,9 \pm 0,52$ года и стажем курения — $18,0 \pm 1,16$ года, обучившихся по оптимизированной программе школы АГ, и 50 курящих мужчин (средний возраст $49,7 \pm 1,04$ года) с давностью выявления АГ $7,6 \pm 0,47$ года и стажем курения — $19,2 \pm 0,85$ года, проходивших обучение в школе АГ по типовой структурированной программе. Усовершенствование программы обучения в Школе АГ заключалось в организации личностно-ориентированного обучения в рамках Школы АГ и введении в обучающий процесс модифицированного занятия по стрессу. **Результаты.** Определена эффективность оптимизированного терапевтического обучения у курящих пациентов-мужчин с АГ. Выявлены преимущества усовершенствованного терапевтического обучения перед типовым структурированным обучением в отношении коррекции модифицированных факторов риска при работе с курящими пациентами с АГ. Оптимизированное терапевтическое обучение позволяет поддерживать целевой уровень артериального давления, уменьшить интенсивность курения, снизить степень никотиновой зависимости и содержание триглицеридов, расширить диапазон используемых вариантов стресс-совладающего поведения. **Выводы.** Включение в программу терапевтического обучения курящих пациентов с АГ модифицированного занятия

по стрессу и личностно-ориентированной модели терапевтического обучения повышает эффективность коррекции модифицируемых факторов риска.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, терапевтическое обучение, стресс-совладающее поведение

Для цитирования: Манюгина Е. А., Бурсиков А. В. Эффективность оптимизированного терапевтического обучения в коррекции модифицируемых факторов риска у курящих пациентов с артериальной гипертензией. Артериальная гипертензия. 2018;24(2):174–182. doi:10.18705/1607-419X-2018-24-2-174-182

Efficacy of an optimized therapeutic training during the correction of modifiable risk factors among hypertensive smokers

E. A. Manyugina¹, A. V. Bursikov²

¹ Municipal Clinical Hospital № 7, Ivanovo, Russia

² Ivanovo State Medical Academy, Ivanovo, Russia

Corresponding author:

Alexander V. Bursikov,
Ivanovo State Medical Academy,
8 Sheremetevskiy avenue, Ivanovo,
153012 Russia.
Phone: +7(4932)29–48–97.
E-mail: a.v.bursikov@mail.ru

*Received 8 February 2017;
accepted 24 May 2017.*

Abstract

Background and objective. The strategy aimed at overall cardiovascular risk reduction involves the assessment of patient's personality and motivating him/her to change his/her lifestyle. Poor medication adherence and coping behavior of smokers with hypertension (HTN) indicate the need for improvements in therapeutic training and including into the training program both information on stress and the information related to stress coping behavior. The purpose of the study was the assessment of the efficacy of an optimized therapeutic training during the correction of modifiable risk factors among HTN smokers. **Design and methods.** We surveyed 102 male smokers with HTN; among them 52 male smokers with HTN (mean age $48,5 \pm 1,05$ years, disease duration of $7,9 \pm 0,52$ years and smoking history of $18,0 \pm 1,16$ years) attended an optimized program of the School for Patients with HTN, and 50 male smokers with HTN (mean age $49,7 \pm 1,04$ years, disease duration of $7,6 \pm 0,47$ years and smoking history of $19,2 \pm 0,85$ years) attended a standard structured program of the School for Patients with HTN. The enhancement of the training program of the School for Patients with HTN consisted in performing a person-oriented training at this School and introducing a modified stress coping skills training course. **Results.** The efficacy of the optimized therapeutic training of male smokers with HTN was determined. We found a number of advantages of the enhanced therapeutic training over the standard structured training with respect to the correction of modifiable risk factors among smokers with HTN. The optimized therapeutic training helps to maintain target blood pressure level, to reduce smoking intensity, to reduce the levels of nicotine dependence and triglyceride concentrations, as well as to extend the range of coping behavior strategies. **Conclusions.** The introduction of a modified stress coping skills training course and a person-centred model of therapeutic training in the program of the therapeutic training of smokers with HTN improves the efficiency of the correction of modifiable risk factors.

Key words: hypertension, therapeutic training, coping behavior

For citation: Manyugina EA, Bursikov AV. Efficacy of an optimized therapeutic training during the correction of modifiable risk factors among hypertensive smokers. Arterial'naya Gipertenziya = Arterial Hypertension. 2018;24(2):174–182. doi:10.18705/1607-419X-2018-24-2-174-182

Введение

В основе лечения артериальной гипертензии (АГ) лежит не только снижение артериального давления (АД), но и уменьшение суммарного сердечно-сосудистого риска, а также коррекция модифицируемых факторов риска [1]. Стратегия на снижение суммарного сердечно-сосудистого риска предполагает усиление внимания на личность пациента и формирование у него мотивации на изменение образа жизни [2, 3]. Курение, гиперхолестеринемия и психосоциальный стресс — основные модифицируемые факторы риска [4, 5]. Европейские клинические рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний также относят стресс, связанный с работой и семьей, к основным факторам риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин [6]. Признано, что терапевтическое обучение пациентов с АГ в Школе АГ улучшает информированность больных о своем заболевании и методах его контроля, повышает эффективность лечения АГ [7, 8]. В то же время в Европейских рекомендациях по АГ подчеркивается низкая эффективность прекращения курения у пациентов с АГ, что требует поиска новых подходов к лечению этой категории пациентов, в том числе методик, затрагивающих образ жизни пациента и общие патогенетические механизмы АГ и курения [1]. Образ жизни, как правило, основан на привычных поведенческих реакциях [9]. Курение пациентов с АГ ассоциировано с их низкой приверженностью к лечению [10]. Известно, что у курящих мужчин с АГ доминирующим типом курительного поведения является «поддержка» при нервном перенапряжении, который встречается почти у половины пациентов, то есть курение выступает как способ снижения эмоционального напряжения [11]. Курящие и некурящие пациенты с АГ имеют отличия в частоте использования (напряженности) стресс-совладающих стратегий (копинг-стратегий), которые у курящих мужчин с АГ в большей мере ориентированы на избегание и на решение задачи, а не на регуляцию переживаемых эмоций [12].

Для повышения эффективности лечения пациентов важна не только информированность о своем заболевании, но и форма подачи информации [13, 14].

Европейские клинические рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний нацеливают на использование образования пациентов для повышения мотивации по изменению образа жизни и индивидуального консультирования для усиления и поддержания мотивации и приверженности пациента [9]. Одной из современных форм обучения является личностно-ориентированное

обучение, при котором образовательный процесс строится на учебном диалоге, направленном на совместное конструирование программной деятельности. При этом учитываются индивидуальная избирательность обучающегося к содержанию, виду и форме учебного материала, его мотивация, стремление использовать полученные знания самостоятельно, по собственной инициативе, в ситуациях, не заданных обучением [15]. Недостаточная приверженность лечению и особенности стресс-совладающего поведения курящих пациентов с АГ свидетельствуют о необходимости индивидуализированного подхода к терапевтическому обучению этой категории пациентов и включению в программу их обучения не только информации о стрессе, но и о вариантах стресс-совладающего поведения.

Цель работы — определить эффективность оптимизированного терапевтического обучения в коррекции модифицируемых факторов у курящих пациентов с АГ.

Материалы и методы

На базе терапевтического отделения проведены обследование и лечение 102 пациентов стационара — курящих мужчин с эссенциальной АГ, без ассоциированных клинических состояний в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи пациентам с АГ. В исследование не включались пациенты с сопутствующей патологией, требующие дополнительной терапии. Всем пациентам было предложено оценить степень никотиновой зависимости по тесту Фагерстрема [16] и пройти обучение в Школе АГ по усовершенствованной программе с модифицированным занятием по «Стрессу». Для оценки механизмов стресс-совладающего поведения и его изменения в процессе терапевтического обучения использован тест Нормана «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» [17].

Определение АД проводилось с помощью профессиональных механических тонометров “Little Doctor”, размер манжетки подбирался в соответствии с размером руки пациента. Для оценки состояния липидного обмена исследовались общий холестерин, холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицериды (ТГ), определялся индекс атерогенности.

Определение общего холестерина осуществлялось при помощи набора реагентов «Холестерин-UTS». Определение ТГ осуществлялось при помощи набора реагентов «Триглицериды-UTS».

Определение ХС ЛПВП проводилось гомогенным методом HDL-C Immuno FS без стадии центри-

фугирования. Определение ХС ЛПНП проводилось прямым измерением гомогенным методом LDL-Select FS без осаждения.

Индекс атерогенности рассчитывался по формуле: отношение разности общего холестерина и ХС ЛПВП к количеству ХС ЛПВП. Индекс курения (ИК) рассчитывался по формуле: отношение произведения количества выкуриваемых сигарет в день и стажа курения (годы) к 20.

Все пациенты подписали информированное согласие на участие в оптимизированном терапевтическом обучении. Протокол исследования одобрен этическим комитетом ФГБОУ ВО Ивановская ГМА Минздрава России. Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от желания/нежелания проходить обучение по усовершенствованной программе. Занятие в Школе АГ проводилось врачом-терапевтом, имеющим второе высшее психологическое образование. Первую основную группу составили 52 курящих пациента-мужчины, отдавшие предпочтение усовершенствованной методике лично-ориентированного обучения, с модифицированным занятием по «Стрессу». Средний возраст пациентов первой группы составил $48,5 \pm 1,05$ года, давность выявления АГ — $7,9 \pm 0,52$ года, длительность стажа курения — $18,0 \pm 1,16$ года, ИК — $4,69 \pm 0,27$ пачка/лет, кардиоваскулярный риск по шкале SCORE — $8,90 \pm 0,96\%$.

Во вторую контрольную группу вошли 50 курящих мужчин, проходивших обучение в школе АГ по типовой структурированной программе. Средний возраст пациентов контрольной группы составил $49,7 \pm 1,04$ года, длительность АГ была $7,6 \pm 0,47$ года, а стаж курения — $19,2 \pm 0,85$ года, ИК — $5,28 \pm 0,26$ пачка/лет, кардиоваскулярный риск по шкале SCORE — $9,92 \pm 0,90\%$ соответственно. Таким образом, группы курящих пациентов были сопоставимы по возрасту, давности выявления АГ, длительности и интенсивности курения, уровню кардиоваскулярного риска.

Лечение пациентов включало проведение антигипертензивной терапии, включающей ингибитор ангиотензина II или ингибитор ангиотензинпревращающего фермента, а также диуретик в адекватно подобранных дозах, при высоком клиническом риске назначались статины у 35–37% пациентов в каждой группе.

Усовершенствование программы обучения в Школе АГ заключалось в организации лично-ориентированного обучения в рамках школы АГ и введении в обучающий процесс модифицированного занятия по стрессу. Шестое занятие школы АГ «Стресс и здоровье» было дополнено. На нем

пациенту предоставлялась информация не только о стрессе и его влиянии на здоровье, но и проводилось информирование о системе совладания со стрессом, о вариантах стресс-совладающего поведения, позволяющих справиться со стрессом и/или уменьшить его негативное влияние способами, адекватными личностным особенностям самого пациента, полученным в результате тестирования.

Эффективность обучения оценивалась через 6 месяцев после обучения по критериям: сохранение целевого уровня АД (менее 140/90 мм рт. ст.), динамика курения (отказ от курения или уменьшение количества выкуриваемых сигарет, изменение степени никотиновой зависимости и индекса курения), изменение показателей липидного обмена, изменение направленности стратегий совладающего поведения.

Результаты примененного метода Шапиро–Вилка свидетельствовали о нормальном распределении изучаемых признаков, что позволило использовать методы параметрической статистики. Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи программы Microsoft Excel 2010.

Результаты представлены как $M \pm m$. Межгрупповые различия оценивались по t-критерию Стьюдента для независимых выборок (сравнение результатов основной и контрольной групп). Сравнение результатов обследования и лечения у пациентов до и после вмешательства оценивалось при помощи t-критерия Стьюдента для зависимых выборок.

Результаты

При обследовании у всех пациентов было зарегистрировано повышенное систолическое АД (САД) $159,6 \pm 1,16$ мм рт. ст. и $98,5 \pm 0,76$ мм рт. ст. диастолическое АД (ДАД), через 6 месяцев у пациентов наблюдалось значимое снижение АД, которое составило у пациентов первой группы — САД $131,1 \pm 1,82$ мм рт. ст. и ДАД $83,7 \pm 0,74$ мм рт. ст. ($p < 0,001$) и соответственно у пациентов второй группы — САД $138,0 \pm 2,34$ мм рт. ст. и ДАД $87,3 \pm 0,95$ мм рт. ст. ($p < 0,001$). Через 6 месяцев целевой уровень АД сохранялся у 36 (69,2%) пациентов основной и 25 (50%) пациентов контрольной группы (табл. 1).

У курящих мужчин обеих групп до проведения обучения в Школе АГ имело место повышение уровня общего холестерина: $5,80 \pm 0,08$ ммоль/л у пациентов основной и $5,68 \pm 0,08$ ммоль/л у пациентов контрольной группы. Через 6 месяцев после обучения наблюдалось снижение уровня общего холестерина у пациентов обеих групп и составило $5,29 \pm 0,05$ ммоль/л ($p < 0,001$) и $5,40 \pm 0,09$ ммоль/л ($p < 0,05$) соответственно. Также наблюдалось сни-

**ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ
У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
ДО И ПОСЛЕ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛАХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
ПО УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ И ТИПОВОЙ ПРОГРАММАМ**

АД, мм рт. ст.	Пациенты основной группы до обучения	Пациенты контрольной группы до обучения	p1	Пациенты основной группы через 6 месяцев после обучения	Пациенты контрольной группы через 6 месяцев после обучения	p2	p3	p4
САД	160,2 ± 1,11	158,9 ± 1,12	p > 0,05	131,1 ± 1,82	138,0 ± 2,34	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,05
ДАД	98,9 ± 1,38	97,0 ± 0,66	p > 0,05	83,7 ± 0,74	87,3 ± 0,95	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,01

Примечание: АД — артериальное давление; САД — систолическое артериальное давление; ДАД — диастолическое артериальное давление; p1 — значимость различий клинического артериального давления основной и контрольной групп при включении в исследование; p2 — значимость различий клинического артериального давления у пациентов основной группы до и после обучения; p3 — значимость различий клинического артериального давления у пациентов контрольной группы до и после обучения; p4 — значимость различий клинического артериального давления основной и контрольной групп через 6 месяцев после обучения.

**ИЗМЕНЕНИЕ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ
С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ОБУЧЕНИЯ
В ШКОЛАХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
ПО УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ И ТИПОВОЙ МЕТОДИКАМ**

Показатели липидного спектра, ммоль/л	Пациенты основной группы до обучения	Пациенты контрольной группы до обучения	p1	Пациенты основной группы через 6 месяцев после обучения	Пациенты контрольной группы через 6 месяцев после обучения	p2	p3	p4
Общий холестерин	5,80 ± 0,08	5,68 ± 0,08	> 0,05	5,29 ± 0,05	5,40 ± 0,09	< 0,001	< 0,05	> 0,05
ТГ	1,72 ± 0,06	1,71 ± 0,07	> 0,05	1,27 ± 0,03	1,40 ± 0,05	< 0,001	< 0,001	< 0,05
ХС ЛПВП	1,25 ± 0,04	1,29 ± 0,04	> 0,05	1,28 ± 0,02	1,25 ± 0,04	> 0,05	> 0,05	> 0,05
ХС ЛПНП	3,25 ± 0,09	3,21 ± 0,09	> 0,05	3,06 ± 0,07	3,07 ± 0,07	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Индекс атерогенности	3,88 ± 0,17	3,68 ± 0,19	> 0,05	3,20 ± 0,09	3,58 ± 0,19	< 0,001	> 0,05	> 0,05

Примечание: ТГ — триглицериды; ХЛ ЛПВП — холестерин липопротеинов высокой плотности; ХЛ ЛПНП — холестерин липопротеинов низкой плотности; p1 — значимость различий показателей липидного спектра основной и контрольной групп при включении в исследование; p2 — значимость различий показателей липидного спектра у пациентов основной группы до и после обучения; p3 — значимость различий показателей липидного спектра у пациентов контрольной группы до и после обучения; p4 — значимость различий показателей липидного спектра основной и контрольной групп через 6 месяцев после обучения.

жение уровня ТГ, причем в группе пациентов, обучающихся по усовершенствованной программе, оно было более выраженным. У пациентов, обучающихся по усовершенствованной программе школы АГ, наблюдалось снижение индекса атерогенности, а в контрольной группе этого установлено не было (табл. 2).

На время включения в исследование все пациенты с АГ были активными курящими мужчинами, однако степень никотиновой зависимости у них

была различной. Высокая и очень высокая степень никотиновой зависимости отмечена у 13 (25%) пациентов основной и 14 (28%) пациентов контрольной группы. В обеих группах было выявлено по 7 (13,5% в основной и 14% в контрольной) пациентов со слабовыраженной никотиновой зависимостью. Основная часть пациентов, включенных в обучение, имела среднюю степень никотиновой зависимости, — у 32 (61,5%) пациентов основной и у 29 (58%) пациентов контрольной группы.

После обучения 7 (13,5%) пациентов основной и 2 (4%) пациента контрольной группы прекратили курение, а 7 (13,5%) пациентов основной и 4 (8%) мужчин контрольной группы уменьшили количество выкуриваемых сигарет. Через 6 месяцев также наблюдалось изменение ИК, наибольшее снижение ИК было зарегистрировано в группе пациентов, обучившихся по усовершенствованной личностно-ориентированной методике с $4,69 \pm 0,27$ пачка/лет до $4,20 \pm 0,32$ пачка/лет ($p < 0,001$) против $5,28 \pm 0,26$ пачка/лет до $5,04 \pm 0,29$ пачка/лет ($p < 0,05$) у пациентов контрольной группы. В среднем по группе степень никотиновой зависимости через 6 месяцев после обучения снизилась у пациентов основной группы с $5,33 \pm 0,19$ баллов до $4,83 \pm 0,31$ баллов ($p < 0,05$), в то время как у пациентов контрольной группы изменений в динамике никотиновой зависимости выявлено не было (табл. 3).

Анализ направленности стратегий совладающего поведения позволил выявить следующие различия. До обучения по различным программам Школы АГ значимых различий в направленности стресс-совладающего поведения у курящих пациентов в обеих группах выявлено не было. Наиболее часто использовался копинг, ориентированный на решение задачи, который составлял $88,76 \pm 1,02\%$ и $87,30 \pm 1,25\%$ соответственно у пациентов основной и контрольной групп, а копинг, ориентированный на эмоции, позволяющий уменьшить эмоциональное напряжение, курящие мужчины с АГ использовали в 3,7 раза реже ($23,31 \pm 0,38\%$ и $24,13 \pm 0,39\%$ соответственно).

Через 6 месяцев у пациентов, обучающихся по типовой структурированной программе Школы

АГ, существенных изменений в структуре стресс-совладающего поведения выявлено не было. У пациентов, проходивших оптимизированное обучение в Школе АГ по модифицированной программе, выраженность копинга, ориентированного на эмоции, выросла с $23,31 \pm 0,38\%$ до $45,17 \pm 0,76\%$ ($p < 0,001$), а ориентация копинга на избегание уменьшилась с $63,91 \pm 1,13\%$ до $49,97 \pm 0,93\%$ ($p < 0,001$). Таким образом, пациенты основной группы начали применять более широкий диапазон вариантов стресс-совладающего поведения, что делает их более устойчивыми к различным стрессовым ситуациям (табл. 4).

Обсуждение

Стрессовая ситуация способствует повышению АД через патофизиологические механизмы, реализующиеся на физиологическом (активация симпатoadреналовой системы) и поведенческом уровне (через паттерны вредного для здоровья поведения: табакокурение, переедание, злоупотребление психоактивными веществами). В ситуациях, предполагающих повышенные требования к пациенту в условиях ограничения ресурсов, по мнению Р. Лазаруса, активируются механизмы, направленные на совладание с трудной жизненной ситуацией, то есть на ее разрешение, либо уменьшение ее негативного воздействия, либо на уменьшение негативных эмоций, связанных с данным стрессовым воздействием. Лазарусом и Фолкманом описаны три механизма воздействия стратегий совладающего поведения на соматическое здоровье: через нейроэндокринную систему, через поведение, связанное с укреплением здоровья, и через вредные

Таблица 3

ДИНАМИКА ИНТЕНСИВНОСТИ ТАБАКОКУРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛАХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ И ТИПОВОЙ ПРОГРАММАМ

Показатели табакокурения	Пациенты основной группы до обучения	Пациенты контрольной группы до обучения	p1	Пациенты основной группы через 6 месяцев после обучения	Пациенты контрольной группы через 6 месяцев после обучения	p2	p3	p4
Количество выкуриваемых сигарет в день	$5,48 \pm 0,24$	$5,54 \pm 0,19$	$> 0,05$	$4,56 \pm 0,30$	$5,16 \pm 0,23$	$< 0,001$	$< 0,05$	$> 0,05$
ИК	$4,69 \pm 0,27$	$5,28 \pm 0,26$	$> 0,05$	$4,20 \pm 0,32$	$5,04 \pm 0,29$	$< 0,001$	$< 0,05$	$> 0,05$
Степень никотиновой зависимости	$5,33 \pm 0,19$	$5,30 \pm 0,17$	$> 0,05$	$4,83 \pm 0,31$	$5,18 \pm 0,22$	$< 0,05$	$> 0,05$	$> 0,05$

Примечание: ИК — индекс курения; p1 — значимость различий показателей табакокурения основной и контрольной групп при включении в исследование; p2 — значимость различий показателей табакокурения у пациентов основной группы до и после обучения; p3 — значимость различий показателей табакокурения у пациентов контрольной группы до и после обучения; p4 — значимость различий показателей табакокурения основной и контрольной групп через 6 месяцев после обучения.

**НАПРАВЛЕННОСТЬ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У ПАЦИЕНТОВ
С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ОБУЧЕНИЯ
В ШКОЛАХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
ПО УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ И ТИПОВОЙ ПРОГРАММАМ**

Направленность копинг-стратегий	Пациенты основной группы до обучения	Пациенты контрольной группы до обучения	p1	Пациенты основной группы через 6 месяцев после обучения	Пациенты контрольной группы через 6 месяцев после обучения	p2	p3	p4
Копинг, ориентированный на решение задачи	88,76 ± 1,02	87,30 ± 1,25	> 0,05	89,23 ± 1,11	87,60 ± 0,68	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Копинг, ориентированный на эмоции	23,31 ± 0,38	24,13 ± 0,39	> 0,05	45,17 ± 0,76	25,22 ± 0,63	< 0,001	> 0,05	< 0,001
Копинг, ориентированный на избегание	63,91 ± 1,13	65,72 ± 1,17	> 0,05	49,97 ± 0,93	63,84 ± 1,21	< 0,001	> 0,05	< 0,001

Примечание: p1 — значимость различий направленности копинг-стратегий пациентов основной и контрольной групп при включении в исследование; p2 — значимость различий направленности копинг-стратегий пациентов основной группы до и после обучения; p3 — значимость различий направленности копинг-стратегий пациентов контрольной группы до и после обучения; p4 — значимость различий направленности копинг-стратегий пациентов основной и контрольной групп через 6 месяцев после обучения.

для здоровья поведенческие привычки. Пассивные стратегии стресс-совладающего поведения, преимущественно направленные на регуляцию эмоций, сочетаются с патогенными паттернами поведения (курением и избыточным питанием) и низкой приверженностью лечению [18]. В ряде исследований показано, что избегающие стратегии совладания связаны с более высоким уровнем ТГ, в то время как активные стратегии совладания, направленные на разрешение стрессовой ситуации, имеют обратную зависимость [19].

Механизмы, связывающие психологические факторы с повышенным сердечно-сосудистым риском, включают нездоровый образ жизни (курение, вредные для здоровья продукты питания, отсутствие адекватной физической активности) и низкую приверженность рекомендациям по модификации образа жизни и лечения [6], а также формирование определенных типов отношения к болезни, формирующихся на основе характерных механизмов психологической защиты [20]. Признано, что хронический стресс на работе (ненормированный рабочий день, частые сверхурочные работы, высокие психологические требования) увеличивают риск ишемической болезни сердца у мужчин в 1,2–1,5 раза, а длительные стрессовые ситуации в семье повышают риск развития ишемической болезни сердца в 2,7–4,0 раза. Курение в ситуациях стресса высту-

пает как один из вариантов стресс-совладающего поведения [6], поэтому информация о других возможных вариантах стресс-совладающего поведения, получаемая пациентами при обучении по усовершенствованной программе обучения, является востребованной и используется, что подтверждается изменением направленности стратегий совладающего поведения. У пациентов, прошедших обучение по усовершенствованной программе, повышается частота использования стратегий, ориентированных на регуляцию переживаемых эмоций, что приближает прекративших курение пациентов с АГ по характеру реагирования в трудных жизненных ситуациях к некурящим пациентам с АГ.

Можно предположить, что таким образом достигается снижение нервного перенапряжения, которое является доминирующим типом курительного поведения у мужчин с АГ [12], и, следовательно, уменьшается необходимость поддержки при нервном перенапряжении, что позволяет снизить количество выкуриваемых сигарет или даже полностью отказаться от курения при слабой или средней степени никотиновой зависимости, а также повышает приверженность к лечению, в том числе немедикаментозному.

Исследование было проведено в соответствии с заключением этического комитета и имело ограничение в виде нерандомизированного метода

разделения групп. Пациенты были уведомлены о добровольном участии в любой из предложенных программ терапевтического обучения, а также возможности отказаться от любой из форм проведения школы по АГ, что не исключает различия групп по степени мотивации. В то же время целью исследования было сравнение эффективности программ терапевтического обучения у групп пациентов, сопоставимых как по соматическому статусу, так и по структуре стресс-совладающего поведения. Вероятно, проведение терапевтического обучения по модифицированной программе будет востребовано и эффективно у определенных групп курящих мужчин, но уточнение характеристик этих групп осталось за рамками исследования.

Выводы

Включение в программу терапевтического обучения курящих пациентов с АГ модифицированного занятия по стрессу и личностно-ориентированной модели терапевтического обучения повышает эффективность коррекции модифицируемых факторов риска: позволяет поддерживать целевой уровень АД, уменьшить интенсивность курения, снизить степень никотиновой зависимости и содержание ТГ, расширить диапазон используемых вариантов стресс-совладающего поведения.

Конфликт интересов / Conflict of interest

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов. / The authors declare no conflict of interest.

Список литературы / References

- Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2013;34(28):2159–2219. doi:10.1093/eurheartj/ehf151
- Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G et al. Guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*. 2007;25(6):1105–1188.
- Школа здоровья: артериальная гипертония. Под ред. Р.Г. Оганова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 188 с. [School of health: arterial hypertension. Ed. by R. G. Oganov. Moscow: GEOTAR-Media, 2008. 188 p. In Russian].
- Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization. Geneva, 2009. 39 p.
- Eller NH, Netterstrom B, Gyntelberg F, Kristensen TS, Nielsen F, Steptoe A et al. Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review. *Cardiol Rev*. 2009;17(2):83–97.
- Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2016;37(29):2315–2381. doi:10.1093/eurheartj/ehw106
- Гадаев А. Г., Гулямова Ш. С. Оценка эффективности работы школы гипертоников на уровне первичного звена здравоохранения. *Профилактическая медицина*. 2012;2(3):7–15. [Gadayev AG, Gulyamova ShS. Evaluating the effectiveness of work of a school for the hypertensive patient at the level of primary health care. *Profilakticheskaya Meditsina = Preventive Medicine*. 2012;2(3):7–15. In Russian].
- Концевая А. В., Калинина А. М., Спивак Е. Ю. Социально-экономическая эффективность «Школ здоровья» для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья*. 2008;2:3–8. [Kontsevaya AV, Kalinin AM, Spivak EJ. Social and economic efficiency of the «schools of health» for patients with cardiovascular diseases. *Profilaktika Zabolevaniy i Ukrepleniye Zdorovya = Prevention and Health Promotion*. 2008;2:3–8. In Russian].
- Европейские клинические рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (пересмотр 2012). *Российский кардиологический журнал. Приложение 2*. 2012;96(4):1–84. [European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (Review 2012). *Rossiyskiy Kardiologicheskij Zhurnal = Russian Journal of Cardiology*. 2012;96(4), Suppl 2:1–84. In Russian].
- Оганов Р. Г., Погосова Г. В., Колтунов И. Е., Белова Ю. С., Выгодин В. А. РЕЛИФ — Регулярное Лечение И профилактика — ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования. Часть I. *Кардиология*. 2007;5:58–66. [Oganov RG, Pogosova GV, Koltunov IE, Belova YuS, Vygodin VA. RELIEF — Regular Treatment and Prevention — the key to improvement of situation with cardiovascular diseases in Russia: results of a Russian Multicenter Study (Part I). *Kardiologiya*. 2007;5:58–66. In Russian].
- Бурсиков А. В., Манюгина Е. А. Особенности курительного поведения и никотиновой зависимости у мужчин, страдающих артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца в сочетании с артериальной гипертонией. *Артериальная гипертония*. 2010;16(6):599–603. [Bursikov A. V., Manyugina E. A. The features and smoking behaviour and nicotine dependence in men suffering from arterial hypertension and ischemic heart disease in combination with arterial hypertension. *Arterialnaya Gipertenziya = Arterial Hypertension*. 2010;16(6):599–603. In Russian].
- Манюгина Е. А., Бурсиков А. В., Швагер О. В. Роль стресс-совладающего поведения в формировании отношения к болезни у курящих пациентов с артериальной гипертонией. *Артериальная гипертония*. 2014;20(4):280–287. [Manyugina E. A., Bursikov A. V., Shvager O. V. The role of coping behavior for the attitude to the disease in hypertensive smokers. *Arterialnaya Gipertenziya = Arterial Hypertension*. 2014;20(4):280–287. In Russian].
- Калинина А. М., Оганов Р. Г., Небиеридзе Д. В. Обучение пациентов как фактор эффективного контроля артериальной гипертонии — программа НОКТИОРН. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2006;5(3):5–14. [Kalinina AM, Oganov RG, Nebieridze DV. Patients' education as a factor for arterial hypertension effective control — NOCTURNE Program. *Kardiovaskulyarnaya Terapiya i Profilaktika = Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2006;5(3):5–14. In Russian].
- Ушакова С. Е., Шутимова Е. А., Кодряну Л. И., Концевая А. В., Назарова О. А., Калинина А. М. Эффективность различных методов терапевтического обучения больных артериальной гипертонией. *Профилактическая медицина*. 2006;2:40–48. [Ushakova SE, Shutimova EA, Kodryanu LI, Kontsevaya AV, Nazarova OA, Kalinina AM. Effectiveness of various methods for therapeutic training of patients with arterial hypertension.

Profilakticheskaya Meditsina = Preventive Medicine. 2006;2:40–48. In Russian].

15. Якиманская И. С. Разработка технологии личностно-ориентированного обучения. Вопросы психологии. 1995;2:31–41. [Yakimanskaya IS. Development of the technology of person-oriented teaching. Voprosy Psikhologii = Issues of Psychology. 1995;2:31–41. In Russian].

16. Fagerstrom KO, Tejding R, Westin A, Lunnell L. Nicotine replacement present and future. *Tob Control*. 1997;6(4):311–316.

17. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Копинг-поведение в стрессовых ситуациях (Норман С., Эндлер Д. Ф., Джеймс Д. А., Паркер М. И.; адаптированный вариант Крюковой Т. А.). Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. 442–444 с. [Fetiskin NP, Kozlov VV, Manuilov GM. The coping behaviour in stress situations (Norman S, Endler DF, Jamys DA, Parker MI, adapted by Kryukova TA). Social and psychological diagnostics of personality development and small groups. Moscow, 2002. 442–444 p. In Russian].

18. Barton C, Clarke D, Sulaiman N, Abramson M. Coping as a mediator of psychosocial impediments to optimal management and control of asthma. *Respiratory Medicine*. 2003;97(7):747–761.

19. Vitaliano PP, Russo J, Niaura R. Plasma lipids and their relationships with psychosocial factors in older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1995;50(1):18–24.

20. Бурсиков А. В., Манюгина Е. А. Механизмы психологической защиты и типы отношения к болезни у пациентов с артериальной гипертензией. Вестник Ивановской медицинской академии. 2010;15(2):48–49. [Bursikov AV., Manyugina EA. Mechanisms of psychological protection and types of attitude to the disease in men with arterial hypertension. Vestnik Ivanovskoy medicinskoj akademii = Bulletin of the Ivanovo Medical Academy. 2010;15(2):48–49. In Russian].

21. Светлакова В. П. Выбор когнитивно обусловленных механизмов совладания со стрессом. Психопедагогика в правоохранительных органах. 2009;38(3):43–46. [Svetlakova VP. Choice of cognitively-induced coping mechanisms. Psikhopedagogika v Pravookhranitelnykh Organakh = Psychopedagogy in Law-enforcement. 2009;38(3):43–46. In Russian].

Информация об авторах

Манюгина Елена Алексеевна — врач-терапевт терапевтического отделения ОБУЗ «Городская клиническая больница № 7», Иваново, Россия;

Бурсиков Александр Валерьевич — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО Ивановская ГМА Минздрава России, Иваново, Россия.

Author information

Elena A. Manyugina, MD, General Physician of the Therapeutics Unit of the Municipal Clinical Hospital № 7, Ivanovo, Russia;

Alexander V. Bursikov, MD, PhD, DSc, Chief, Department of the Internal Diseases Propedaetics, Ivanovo State Medical Academy.