

УДК 616.12-005.4:616.153.922-08

**ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ  
ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ  
СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

*Т.М. Мураталиев, С.Ю. Мухтаренко, З.Т. Раджапова, А.А. Окунова,  
А.Ж. Ибраимова, В.К. Звенцова, Н.Ж. Жаньшибекова, Ш.П. Ашуралиев*

Представлены результаты исследования приверженности к терапии и распространенности психосоциальных факторов риска (тревоги и депрессии) у больных семейной гиперхолестеринемией (СГХ) и ишемической болезнью сердца (ИБС). Исследование приверженности к терапии (с использованием теста Мориски – Грина и шкалы VAS) проведено у 181 больного: 77 (42,5 %) больных с диагнозом СГХ и 104 (57,5 %) пациента – ИБС. Диагностика тревоги и депрессии проведена с использованием шкалы госпитальной тревоги и депрессии (HADS) и опросника состояния здоровья пациента (PHQ-9). Математическая обработка результатов исследования проведена с использованием программ Excel и STATISTICA 6,0. Анализ результатов данного исследования позволил выявить низкую приверженность к терапии в группах больных СГХ и ИБС, а также высокую распространенность психосоциальных факторов риска (тревоги и депрессии), которые могут оказывать влияние на формирование приверженности к терапии.

*Ключевые слова:* приверженность; семейная гиперхолестеринемия; ишемическая болезнь сердца; тревога; депрессия.

---

**ҮЙ-БҮЛӨЛҮК ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ  
ЖАНА ЖҮРӨКТҮН ИШЕМИЯЛЫК ООРУСУ МЕНЕН ООРУГАН АДАМДАРГА  
КОРКУНУЧ ЖАРАТКАН ПСИХОЛОГИЯЛЫК-СОЦИАЛДЫК ФАКТОРЛОРДУН  
ЖАЙЫЛЫШЫ ЖАНА ТЕРАПИЯНЫ САКТОО**

*Т.М. Мураталиев, С.Ю. Мухтаренко, З.Т. Раджапова, А.А. Окунова,  
А.Ж. Ибраимова, В.К. Звенцова, Н.Ж. Жаньшибекова, Ш.П. Ашуралиев*

Бул макала үй-бүлөлүк гиперхолестеринемия (ҮГХ) жана жүрөктүн ишемиялык оорусу (ЖИО) менен ооруган бейтаптардын терапияны кармануусун жана психологиялык-социалдык тобокелдик факторлорунун (тынчсыздануу жана депрессия) таралышын изилдөөнүн жыйынтыктарын сунуштайт. Терапияны карманууну изилдөө (Мориски – Грин тестин жана VAS шкаласын колдонуу менен) 181 бейтапта жүргүзүлгөн: 77 (42,5%) үй-бүлөлүк гиперхолестеринемия диагнозу менен ооругандар жана 104 (57,5%) жүрөктүн ишемиялык оорусу менен ооруган. Тынчсыздануунун жана депрессиянын диагнозу ооруканалык тынчсыздануу жана депрессия шкаласы (HADS) жана бейтаптын ден соолугунун абалы боюнча сурамжылоону (PHQ-9) колдонуу менен коюлган. Изилдөөнүн жыйынтыктарын математикалык иштетүү Excel жана STATISTICA 6.0 программаларынын жардамы менен жүргүзүлгөн. Бул изилдөөнүн жыйынтыгын талдоо, үй-бүлөлүк гиперхолестеринемия жана жүрөктүн ишемиялык оорусу менен ооруган топтордо терапияны аз карманууну, ошондой эле психологиялык-социалдык тобокелдик факторлорунун (тынчсыздануу жана депрессия) таралышын көрсөттү, алар терапияны карманууга таасирин тийгизиши мүмкүн.

*Түйүндүү сөздөр:* кармануу; үй-бүлөлүк гиперхолестеринемия; жүрөктүн ишемия оорусу; тынчсыздануу; депрессия.

**ADHERENCE TO THERAPY AND PREVALENCE  
OF PSYCHOSOCIAL RISK FACTORS IN PATIENTS  
WITH FAMILY HYPERCHOLESTEROLEMIA AND ISCHEMIC HEART DISEASE**

*T.M. Murataliev, S.Yu. Mukhtarenko, Z.T. Radzhapova, A.A. Okunova,  
A.Zh. Ibraimova, V.K. Zventsova, N.Zh. Zhanyshbekova, Sh.P. Ashuraliev*

The article presents the results of a study of adherence to therapy and the prevalence of psychosocial risk factors (anxiety and depression) in patients with familial hypercholesterolemia (FH) and ischemic heart disease (IHD). The study of adherence to therapy (using Morisky – Green test and the VAS scale) was carried out in 181 patients: 77 (42.5 %) patients with a diagnosis of FH and 104 (57.5 %) patients with IHD. Anxiety and depression were diagnosed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Mathematical processing of the research results was carried out using Excel and STATISTICA 6.0 programs. Analysis of the study results revealed a low adherence to therapy in the groups of patients with FH and IHD, as well as the high prevalence of psychosocial risk factors (anxiety and depression), which can influence on adherence to therapy.

*Keywords:* adherence; familial hypercholesterolemia; ischemic heart disease; anxiety; depression.

**Актуальность.** Семейная гиперхолестеринемия (СГХ) является одним из наиболее распространенных генетических метаболических нарушений, связанных с высоким риском преждевременной ишемической болезни сердца (ИБС) [1]. Известно, что сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), обусловленные атеросклерозом, являются ведущей причиной инвалидности и смертности людей в большинстве стран мира [2]. Несмотря на то, что факторы риска ССЗ, ассоциированные с атеросклерозом, у пациентов с СГХ известны, общие стандарты, прогнозирующие острые события ССЗ, ассоциированные с атеросклерозом, мало изучены [3].

В Кыргызской Республике (КР) ССЗ, в частности ИБС, также занимают ведущее место в структуре причин смертности населения [4]. В связи с этим проблема приверженности к лечению у больных ИБС остается для современной медицины весьма актуальной. Несмотря на большое количество публикаций по изучению приверженности к лечению у больных ИБС, анализу приверженности к терапии пациентов с СГХ посвящены лишь единичные работы [5, 6].

По определению ВОЗ, приверженность к терапии – это соответствие поведения пациента рекомендациям врачей, включая прием препаратов, диету и/или изменение образа жизни [7]. Известно, что более 60 % пациентов с заболеваниями сердца и сосудов не привержены к терапии [8].

В настоящее время выделены основные группы факторов приверженности к лечению,

включающие факторы, связанные с пациентом – приверженность пациентов к назначенному лечению; факторы, связанные с врачом – приверженность врачей к соблюдению клинических рекомендаций; факторы, связанные с лекарственным препаратом – особенности лекарственной терапии, влияющие на комплаентность [9]. При этом наиболее значимыми являются факторы, связанные с пациентом, а не с характером назначенной терапии [9]. Однако положение о том, что приверженность к лечению практически полностью зависит от самого пациента, не соответствует действительности. Приверженность к лечению определяется позициями обоих участников лечебного процесса – врача и пациента [10–12].

В настоящее время имеется все больше указаний на то, что психосоциальные факторы, в частности у больных ИБС, ассоциированы с низкой приверженностью к лечению [13, 14].

Известно, что низкая приверженность к лечению влияет на клиническое течение и прогноз ССЗ.

В КР до настоящего времени исследования по приверженности к терапии (с учетом диагностики психосоциальных факторов риска) у больных ИБС и СГХ не проводились.

**Цель исследования** – изучить приверженность к терапии и распространенность психосоциальных факторов риска (тревоги и депрессии) у больных СГХ и ИБС.

**Материал и методы исследования.** Исследование приверженности к терапии проведено

у 181 больного: 77 (42,5 %) больных СГХ и 104 (57,5 %) пациента с диагнозом ИБС. Диагноз СГХ устанавливался согласно критериям Dutch Lipid Clinic (DLCN). Диагноз СГХ считался определенным, если общий балл превышал 8 баллов, вероятным – 6–8, возможным – 3–5 и маловероятным – ниже 3 баллов. Диагноз ИБС был верифицирован перенесенным острым инфарктом миокарда (ОИМ), результатами коронароангиографии или пробы с дозированной физической нагрузкой.

Группу больных СГХ ( $n = 77$ ) составили пациенты обоего пола (средний возраст  $47,9 \pm 10,5$  года): 37 (48 %) мужчин, 40 (52 %) женщин, включенных в регистр пациентов СГХ. Обследование проводилось с января 2017 г. по август 2019 г. У 41 (53,2 %) пациента с СГХ диагностирована ИБС: у 13 (32 %) – нестабильная стенокардия (НС), у 20 (49 %) – стенокардия напряжения (СН), у 8 (19 %) – ОИМ. В группе больных ИБС ( $n = 104$ ) обследованы пациенты обоего пола, находившиеся на стационарном лечении в отделении ОИМ Национального центра кардиологии и терапии имени академика М.М. Миррахимова (средний возраст  $55,1 \pm 6,76$  года): 60 (57,7 %) мужчин, 44 (42,3 %) женщины; 92 (88 %) – больных НС, 12 (12 %) – ОИМ.

С целью исследования приверженности к терапии использован 4-вопросный тест Мориски – Грина [15]. Для диагностики рутинного скрининга депрессии использован опросник PHQ-9 [16]. Уровень тревоги и депрессии исследовался с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) [17]. Готовность к выполнению медикаментозных и немедикаментозных рекомендаций анализировали по визуальной аналоговой шкале (VAS) [18].

Все пациенты понимали текст предложенных тестов, хорошо владели русским языком (тесты предъявлялись на русском языке) и самостоятельно заполняли бланки методик (тесты не адаптированы в данной популяции).

Обязательным условием при обследовании больных СГХ и ИБС было письменное информированное согласие.

Математическую обработку результатов проводили с использованием программ Excel и STATISTICA 6.0. Результаты представлены

в виде среднего значения (M) и стандартного отклонения (SD). Для статистического анализа количественных показателей использовали параметрический критерий Стьюдента, для качественных показателей – критерий  $\chi^2$  или точный критерий Фишера. Для изучения взаимосвязи между качественными переменными были составлены таблицы сопряженности  $2 \times 2$ , рассчитан  $\chi^2$ , определен относительный риск (ОР) и 95% доверительный интервал (ДИ) для ОР. Различие в показателях между группами считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Как показали результаты анализа распространенности показателей приверженности к терапии по тесту Мориски – Грина подавляющее большинство обследованных как в группе СГХ, так и в группе ИБС, были не привержены к медикаментозной терапии (таблица 1).

В группе больных СГХ абсолютная приверженность (ни одного положительного ответа) отмечалась у 9 (11,7 %), относительная (один положительный ответ) – у 16 (20,8 %) пациентов. В группе больных ИБС абсолютная приверженность диагностирована у 14 (13,5 %), относительная – у 24 (23 %) человек. Сравнение показателей распространенности приверженности и неприверженности между сравниваемыми группами (СГХ и ИБС) статистически значимых различий не выявило. Однако выявлены статистически значимые различия между количеством приверженных и неприверженных к терапии внутри каждой из групп. Количество неприверженных к терапии было больше в обеих группах.

Как видно из таблицы 2, данные по анализу готовности к выполнению медикаментозных и немедикаментозных рекомендаций по шкале VAS в целом согласуются с результатами обследования по тесту Мориски – Грина. В сравниваемых группах больных СГХ и ИБС не выявлено статистически значимых различий между показателями полной и неполной готовности больных к выполнению медикаментозных и немедикаментозных рекомендаций. Полная готовность к соблюдению рекомендаций по данным VAS в группе больных ИБС отмечалась значительно реже, по сравнению с готовностью  $< 100$  %

Таблица 1 – Распространенность показателей приверженности к терапии по тесту Мориски – Грина в группах больных СГХ и ИБС

Группа	Показатели приверженности	
	привержены	не привержены
СГХ, n = 77	9 (11,7 %)×	68 (88,3 %)×
ИБС, n = 104	14 (13,5 %)*	90 (86,5 %)*
ОР; ДИ	0,4; 0,2–0,7	1,3; 1,1–1,5

Примечание. Здесь и далее: СГХ – семейная гиперхолестеринемия; ИБС – ишемическая болезнь сердца; × –  $p < 0,000$ ; \* –  $p < 0,000$ ; ОР – относительный риск, ДИ – 95% доверительный интервал для ОР.

Таблица 2 – Готовность больных СГХ и ИБС к выполнению медикаментозных и немедикаментозных рекомендаций по данным шкалы VAS

Группа	< 100 %	100 %
СГХ, n = 77	40 (51,9 %)	37 (48,1 %)
ИБС, n = 104	63 (61 %)*	41 (39 %)*
ОР; ДИ	0,9; 0,7–1,1	1,2; 0,9–1,7

Примечание. < 100 % – неполная готовность; 100 % – полная готовность, \* –  $p < 0,0009$ .

( $p < 0,0009$ ). В группе больных СГХ частота встречаемости полной и неполной готовности к соблюдению медикаментозных и немедикаментозных рекомендаций была практически одинаковой.

Общий балл по данным опросника PHQ-9 (рутинный скрининг депрессии) в группе больных СГХ составил  $10,9 \pm 6,5$  (положительный скрининг), в группе ИБС –  $7,8 \pm 5,50$ ;  $p < 0,0008$ , что указывало на большую выраженность депрессии в группе СГХ. Отмечалась различная степень выраженности депрессии в группах больных СГХ и ИБС. В группе больных СГХ (n = 77) у 14 (18,2 %) пациентов выявлена минимальная степень депрессии, легкая – у 24 (31,2 %), умеренная – у 14 (18,2 %), тяжелая – у 13 (16,9 %) и крайне тяжелая – у 12 (15,5 %) больных. В группе больных ИБС (n = 104) минимальная депрессия отмечалась у 32 (31 %), легкая степень – у 38 (36 %), умеренная – у 21 (20 %), тяжелая – у 9 (9 %) и крайне тяжелая – у 4 (4 %) больных.

Распространенность степени выраженности депрессии по данным опросника PHQ-9 в группах больных СГХ и ИБС представлена на рисунке 1.

Необходимо отметить, что в группе больных СГХ, по сравнению с группой больных ИБС, чаще встречалась тяжелая (16,9 % vs

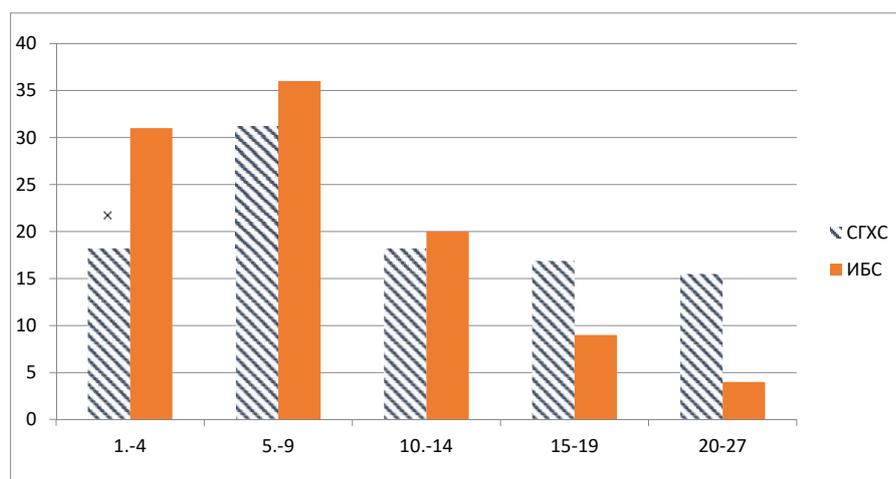
9 %;  $p < 0,000$ ) и крайне тяжелая (15,5 % vs 4 %;  $p < 0,0006$ ) степени депрессии, а минимальная степень депрессии встречалась в этой группе значительно реже (18,2 % vs 31 %;  $p < 0,04$ ).

Анализ распространенности минимальной и суммы других различных степеней депрессии по опроснику PHQ-9 в группах больных СГХ и ИБС показал, что отмечается довольно высокая частота встречаемости симптомов депрессии в обеих группах больных (СГХ и ИБС), при этом различия статистически незначимы (таблица 3).

Показатели распространенности изолированной тревоги и депрессии по шкалам теста HADS в сравниваемых группах больных СГХ и ИБС практически не различались (таблица 4). Однако выявлены статистически значимые различия между вышеназванными показателями внутри каждой из групп. Отсутствие изолированной тревоги и депрессии по шкале HADS чаще диагностировалось внутри каждой из групп.

В то же время отмечалась высокая частота встречаемости смешанного тревожно-депрессивного расстройства по шкале HADS: 53 (68,8 %) в группе больных СГХ и 70 (67,3 %) в группе больных ИБС, различия статистически не значимы.

**Обсуждение.** Согласно литературным данным, низкая или недостаточная приверженность



Примечание. 1–4 балла – минимальная депрессия; 5–9 – легкая; 10–14 – умеренная; 15–19 – тяжелая; 20–27 – крайне тяжелая; × –  $p < 0,04$ ; ° –  $p < 0,0001$ ; \* –  $p < 0,0006$ .

Рисунок 1 – Распространенность степени выраженности депрессии в группах больных СГХ и ИБС по данным опросника PHQ-9

Таблица 3 – Распространенность минимальной и суммы различных степеней депрессии по опроснику PHQ-9 в группах больных СГХ и ИБС

Группа	Степень депрессии по опроснику PHQ-9	
	минимальная степень	сумма различных степеней
СГХ, n = 77	14 (18,2 %)*	63 (81,8 %)
ИБС, n = 104	32 (30,8 %)*	72 (69,2 %)
ОР; ДИ	0,6; 0,3–1,0	1,18; 1,0–1,4

Примечание. \* –  $p = 0,006$

Таблица 4 – Распространенность тревоги и депрессии по шкале HADS в группах больных СГХ и ИБС

Группа	Отсутствие тревоги	Наличие тревоги	Отсутствие депрессии	Наличие депрессии
СГХ, n = 77	45 (58 %) *	32 (42 %) *	56 (73 %) ≠	21 (27 %) ≠
ИБС, n = 104	62 (60 %) °	42 (40 %) °	76 (73,1 %) £	28 (26,9 %) £
ОР; ДИ	0,98; 0,8–1,2	1,03; 0,7–1,5	1,0; 0,8–1,2	1,01; 0,6–1,6

Примечание. \* –  $p < 0,02$ ; ° –  $p < 0,02$ ; ≠ –  $p < 0,002$ ; £ –  $p < 0,0001$ .

больных к лечению среди пациентов с ССЗ влияет на развитие осложнений, смертности и увеличения затрат организациями здравоохранения [7, 19]. По данным ВОЗ, приверженность к терапии у пациентов с хроническими заболеваниями в экономически развитых странах достигает только 50 % [6]. Следует отметить, что среди факторов, влияющих на формирование приверженности, связанных с приемом лекарственных препаратов, особенно серьезной остается проблема приверженности к статинам. От 48 до 78 % пациентов прекращают принимать статины уже в течение года после назначения [20]. В реальной клинической практике наблюдается редкое достижение целевого уровня липидов на фоне статинотерапии, при этом одной из причин является низкая приверженность к терапии статинами [21]. В то же время минимизировать риски при СГХ возможно посредством регулярного самоконтроля трех факторов: физической активности, здорового питания и приема гиполипидемических препаратов [22].

Для оценки приверженности к терапии часто используется тест Мориски – Грина. В нашем исследовании был использован классический вариант опросника для скрининга приверженности пациентов к приему лекарственных препаратов [15]. Готовность к выполнению медикаментозных и немедикаментозных рекомендаций анализировали по визуальной аналоговой шкале (VAS) [18].

По тестам Мориски – Грина низкая приверженность к выполнению медикаментозных и немедикаментозных рекомендаций отмечалась в обеих группах больных (88,3 % vs 11,7 %;  $p < 0,0001$  и 86,5 % vs 13,5 %;  $p < 0,0001$ ), что согласуется с литературными данными [5, 6]. По данным обследования шкалой VAS, полная готовность к соблюдению рекомендаций в группе больных ИБС отмечалась значительно реже по сравнению с готовностью  $< 100$  % (39 % vs 63 %;  $p < 0,0009$ ), а частота встречаемости готовности 100 % и  $< 100$  % в группе больных СГХ была практически одинаковой (48,1 % vs 51,9 %; различия статистически не значимы).

Анализ современных исследований свидетельствует о том, что психосоциальные факторы, в частности аффективные расстройства, могут

оказывать влияние на формирование приверженности к терапии у соматических больных [11, 23]. Однако диагностика аффективных расстройств у больных ССЗ, в частности у больных ИБС и СГХ, достаточно трудна. Это обусловлено как личностными особенностями больных ИБС, функционированием у них механизмов психологической защиты, в частности синдрома «отрицания», так и бессимптомным течением болезни – СГХ (до периода верификации диагноза).

Кроме того, врачи-интернисты часто недооценивают выраженность аффективных расстройств, так как некоторые жалобы больных они расценивают как проявления соматического заболевания или побочных эффектов лечения [24]. При этом необходимо отметить, что значительная часть пациентов, имея симптомы депрессии, не направляется на лечение к психотерапевту и не получает соответствующей терапии у врача-интерниста, что также может оказывать влияние на формирование приверженности к терапии.

Не исключается и коморбидное течение аффективных (реактивных) расстройств у больных ИБС и СГХ. Негативное влияние депрессивной симптоматики оказывает как прямое патогенетическое воздействие на течение соматического заболевания, так и опосредованно – через снижение приверженности пациентов лечебным и реабилитационным мероприятиям [25].

В связи с вышеизложенным целесообразно проведение скрининга психосоциальных факторов риска с использованием стандартизованных опросников [14].

В настоящее время для диагностики аффективных расстройств, которые оказывают влияние на формирование приверженности к терапии у больных ССЗ, широко используются психометрические шкалы, в частности шкала HADS. Однако одни авторы считают, что шкала HADS обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении определенного риска двух расстройств – тревоги и депрессии [26], а также хорошо коррелирует с другими психометрическими инструментами. Другие отмечают, что HADS может быть использована только для оценки степени выраженности общего дистресса больных, но дифференцировать по ней

депрессивное и тревожное состояния достаточно сложно [27].

В нашем исследовании симптомы тревоги и депрессии диагностировались шкалой HADS [16], а рутинный скрининг депрессии проводился русскоязычной версией опросника PHQ-9 [28].

По шкале HADS отмечалась довольно высокая частота встречаемости смешанного тревожно-депрессивного расстройства в обеих сравниваемых группах больных. Смешанное тревожно-депрессивное расстройство по HADS отмечалась у 53 (68,8 %) пациентов в группе СГХ и у 70 (67,3 %) – в группе ИБС, различия статистически не значимы.

Однако отсутствие изолированной тревоги и депрессии (по сравнению с наличием этих симптомов) по этой шкале отмечалось чаще внутри каждой из групп (в группе больных СГХ показатель тревоги – 58 % vs 42 %;  $p < 0,02$ ; депрессии – 73 % vs 27 %;  $p < 0,002$ ; в группе больных ИБС показатель тревоги 60 % vs 40 %;  $p < 0,02$ ; депрессии – 73,1 % vs 26,9 %;  $p < 0,0001$ ). В то же время показатели распространенности тревоги и депрессии по шкалам теста HADS в сравниваемых группах больных СГХ и ИБС практически не различались (отсутствие тревоги – 58 % vs 60 %, наличие тревоги – 42 % vs 40 %, отсутствие депрессии – 73 % vs 73,1 %, наличие депрессии – 27 % vs 26,9 %).

Таким образом, анализ данных обследования больных шкалой HADS в группах больных ИБС и СГХ позволил выявить высокую частоту встречаемости смешанного тревожно-депрессивного расстройства в обеих группах и преобладание отсутствия распространенности изолированной тревоги и депрессии внутри каждой из групп.

Общий балл по данным опросника PHQ-9 (рутинный скрининг депрессии) в группе больных СГХ составил  $10,9 \pm 6,5$  (положительный скрининг), в группе ИБС –  $7,8 \pm 5,50$ ;  $p < 0,0008$ , что указывало на большую выраженность депрессии в группе СГХ. В группе больных СГХ, по сравнению с группой больных ИБС, чаще встречались тяжелая (16,9 % vs 9 %;  $p < 0,000$ ) и крайне тяжелая (15,5 % vs 4 %;  $p < 0,0006$ ) степени депрессии, а минимальная степень

депрессии встречалась в этой группе значительно реже (18,2 % vs 31 %;  $p < 0,04$ ).

Особое внимание следует уделить 25 (32,4 %) пациентам группы больных СГХ, у которых общий балл по опроснику PHQ-9 составил  $\geq 15$  баллов. Вероятность наличия депрессивного состояния у таких больных приближается к 100 % [28]. Необходимо также отметить, что у 24 (31,2 %) пациентов группы больных СГХ и у 38 (36 %) – группы больных ИБС общий балл по опроснику PHQ-9 отмечался в диапазоне 5–9. Эти больные нуждаются в дополнительном расспросе для верификации диагноза легкой степени депрессивного расстройства [28].

Минимальная степень депрессии по опроснику PHQ-9, а также высокий процент отсутствия жалоб на изолированную тревогу и депрессию по шкале HADS, чаще встречающиеся в группе больных ИБС, связаны не только с тем, что в общей медицинской практике, как правило, диагностируются субсиндромальная тревога и депрессия, но и с функционированием механизмов психологической защиты, прежде всего, с синдромом «отрицания». Тяжелая степень депрессии по опроснику PHQ-9, чаще встречающаяся в группе больных СГХ, была обусловлена в части случаев наличием реактивной коморбидной депрессии, а также психологической реакцией на болезнь (СГХ) после получения информации от врача-кардиолога о течении и прогнозе заболевания.

Результаты нашего исследования для диагностики депрессии у больных СГХ и ИБС свидетельствовали о большей чувствительности и специфичности опросника PHQ-9 по сравнению со шкалой HADS. Это же подтверждается литературными данными [14, 16]. Так, по решению консорциума советов Американской ассоциации кардиологов необходимо внедрять рутинный скрининг депрессии у всех кардиологических пациентов, наблюдающихся в клинической практике с использованием анкеты PHQ-2 и PHQ-9 [16].

Данные наших исследований по изучению приверженности к терапии у больных ИБС также свидетельствовали о высокой частоте встречаемости психосоциальных факторов риска [29, 30].

Анализ результатов данного исследования позволил выявить низкую приверженность к терапии (по данным теста Мориски – Грина и шкалы VAS) в группах больных СГХ и ИБС. При планировании программ по улучшению приверженности к терапии у больных СГХ и ИБС необходима диагностика психосоциальных факторов риска (тревоги и депрессии), которые могут оказывать влияние на формирование приверженности.

**Конфликт интересов.** Все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

**Финансирование.** Исследование проведено без спонсорской поддержки.

#### Литература

1. David T W Lui, Alan C H Lee, Kathryn C B Tan. Management of Familial Hypercholesterolemia: Current Status and Future Perspectives // Journal of the Endocrine Society, volume 5, Issue 1, January 2021, bvaal22. URL: <https://DOI.org/10.1210/jendso/bvva122/>.
2. Awad A., Osman N., Altayib B. Medication adherence among cardiac patients in Khartoum State, Sudan: a cross-sectional study // Cardiovascular Journal of Africa. 2017; 2896: 350–355.
3. Authors/Task Force Members, Leopoldo Perez de Isla et al. Predicting Cardiovascular Events in Familial Hypercholesterolemia: The SAFFHEART Registry (Spanish Familial Hypercholesterolemia Cohort Study) // Circulation. 2017; 135 (22): 2133–2144.
4. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2018 году. Бишкек, 2019.
5. Galema-Boers J.M. H. Lenzen M.J., van Domburg R.T. et al. Predicting non-adherence in patients with familial hypercholesterolemia // Eur J Clin Pharmacol. 2014; 70: 391–397.
6. Casula M., Scott L., Tragni E. et al. Drug treatment and adherence of subject < 40 years with diagnosis of heterozygous familial hypercholesterolemia // Atherosclerosis. 2016; 254: 172–178.
7. Sabate E., Kirkendall S., Laba T.L. et al. Adherence to Long Term Therapies Project, Global Adherence IN. Adherence to long term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003.
8. Baroletti S. and Dell Orfano H. Medication adherence in cardiovascular disease // Circulation. 2010; 121:1455-1458. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.904003.
9. Лукина Ю.В. Исследование приверженности к лечению у пациентов амбулаторно-поликлинического звена (по данным регистра ПРОФИЛЬ / Ю.В. Лукина, Ю.С. Марцевич, А.В. Загребельный [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2013. № 12 (5). С. 56–61.
10. Семенова О.Н. Приверженность длительному лечению сердечно-сосудистых заболеваний и невыполнение врачебных рекомендаций: мнение пациентов и врачей по результатам фокусированного интервью / О.Н. Семенова, Е.А. Наумова, Ю.Г. Шварц // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2014. № 10 (1). С. 55–61.
11. Погосова Г.В. Улучшение приверженности к лечению артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца – ключевое условие снижения сердечно-сосудистой смертности / Г.В. Погосова, И.Е. Колтунов, А.Н. Рославцева // Кардиология. 2007. № 3. С. 79–84.
12. Petrilla A.A., Benner J.S., Battelman D.S. et al. Evidence-based interventions to improve patient compliance with antihypertension and lipid-lowering medication // Int Clin Pract. 2005; 59 (12): 1441–1451.
13. Authors/Task Force Members, Piepoli M.F., Hoes A.W. et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR) // Atherosclerosis. 2016; 252: 207–274. DOI: 10.1016/j.atherosclerosis.2016.05.037. PMID: 27664503.
14. Бойцов С.А. Кардиоваскулярная профилактика 2017: Российские национальные рекомендации / С.А. Бойцов, Н.В. Погосова, М.Г. Бубнова [и др.] // Российский кардиологический журнал. 2018. № 6. С. 58–62.
15. Morisky D.E., Ang A., Krousel-Wood M. et al. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting // J Clin Hypertens (Greenwich). 2008; 10 (5): 348–354.
16. Lichtman J.H., Bigger J.T., Jr., Blumenthal J.A. et al. Depression and coronary heart disease.

- Recommendations for screening, referral, and treatment. A science advisory from the American Heart Association prevention committee of the council on cardiovascular nursing, council on clinical cardiology, council on epidemiology and prevention, and interdisciplinary council on quality of care and outcomes Research // *Circulations*. 2008; 118: 1768–1775.
17. *Zigmond A.S., Snaith R.P.* The hospital anxiety and depression scale // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983; 67 (6): 361–370.
  18. *Оганов Р.Г.* Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью / Р.Г. Оганов, Г.В. Погосова, И.Е. Колгунов [и др.] // *Кардиология*. 2011. № 2. С. 59–66.
  19. *Ho P.M., Bryson C.L., Rumsfeld J.S.* Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes // *Circulation*. 2009; 119: 3028–3035.
  20. *Banach M., Stulc T., Dent R. et al.* Statin non-adherence and residual cardiovascular risk: There is need for substantial improvement // *International Journal of Cardiology*, 2016; 225:184–96. DOI: 10.1016/j.ijcard.2016.09.075.
  21. *Korneva V., Kuznetsova T., Julius U.* Efficiency and problems of statin therapy in patients with heterozygous familial hypercholesterolemia // *Atherosclerosis Supplements*. 2019; 40: 79–87.
  22. *Hagger M.S., Hamilton K., Hardcastle S.J. et al.* Predicting intention to participate in self-management behaviors in patients with Familial Hypercholesterolemia: A cross-national study. *Social Science & Medicine*, Elsevier, vol. 242 © URL: <https://DOI.org/10.1016/j.socscimed.2019.112591> Get rights and content
  23. *Levine D.A., Morgenstern L.B., Langa K.M. et al.* Recent trends in cost-related medication non-adherence among stroke survivors in the United States // *Ann Neurol* 2013; 73 (2): 180–188.
  24. *Бурячковская Л.И.* Влияние депрессивных расстройств на развитие и исход сердечно-сосудистых заболеваний / Л.И. Бурячковская, Е.О. Полякова, А.Б. Сумароков // *Терапевтический архив*. 2006. № 11. С. 87–92.
  25. *Lane D., Canoll D., Ping C. et al.* Predictors of adherence at cardiac rehabilitation after myocardial infarction // *J Psychosom Res*. 2001; 51: 497–501.
  26. *Андрющенко Ф.В.* Сравнительная оценка шкал GES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике / Ф.В. Андрющенко, М.Ю. Дробижев, А.В. Добровольская // *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2003. № 103 (5). С. 11–17.
  27. *Цыганков Б.Д.* Возможности психометрической оценки коморбидных тревожных и депрессивных расстройств (по данным зарубежной литературы) / Б.Д. Цыганков, Я.В. Малыгин, Ю.В. Добровольская, А.Н. Ханнанова // *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2009. № 109 (6). С. 91–94.
  28. *Погосова Н.В.* Русскоязычная версия опросников PHQ-2 и PHQ-9: чувствительность и специфичность при выявлении депрессии у пациентов общемедицинской амбулаторной практики / Н.В. Погосова, Т.В. Довженко, А.Г. Бабин [и др.] // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2014. № 13 (3). С. 18–24.
  29. *Мухтаренко С.Ю.* Аффективные расстройства, качество жизни и приверженность к лечению у больных коронарной болезнью сердца при различных методах лечения / С.Ю. Мухтаренко, Т.М. Мураталиев, Ю.Н. Нелюдова [и др.] // *Вестник КРСУ*. 2014. Т. 14. № 5. С. 118–122.
  30. *Мухтаренко С.Ю.* Уровень депрессии и самооценка готовности к приверженности медикаментозной и немедикаментозной терапии больных коронарной болезнью сердца / С.Ю. Мухтаренко, Т.М. Мураталиев, Э.Д. Джишамбаев [и др.] // *Вестник КРСУ*. 2019. Т. 19. № 5. С. 52–57.