

УДК 616.12-009.72:616.89-008.454

**УРОВЕНЬ ДЕПРЕССИИ И САМООЦЕНКА ГОТОВНОСТИ  
К ПРИВЕРЖЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ  
БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

*С.Ю. Мухтаренко, Т.М. Мураталиев, Э.Д. Джишамбаев,  
З.Т. Раджапова, Н.Ж. Жанышбекова*

Представлены результаты изучения распространенности и выраженности депрессии и особенности самооценки приверженности медикаментозной и немедикаментозной терапии у больных коронарной болезнью сердца (КБС). Обследовано 135 больных коронарной болезнью сердца. Всем больным диагноз КБС был подтвержден селективной коронароангиографией. Уровень депрессии исследовался с использованием шкалы депрессии Бека (BDI). Готовность (самооценку комплаенса) к выполнению медикаментозных и немедикаментозных рекомендаций больного анализировали по данным визуальной аналоговой шкалы (VAS). 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. Различия в показателях между группами считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ . По данным обследования, шкалой BDI отмечается довольно высокая частота встречаемости легкой (47,31 %) и выраженной (33,33 %) степеней депрессии у больных КБС. Результаты анализа с использованием шкалы VAS не отражают истинную картину готовности к приверженности терапии у подавляющего большинства обследованных больных КБС, а свидетельствуют о стремлении при обследовании к созданию социально одобряемого адаптационного образа «Я» в ситуации болезни.

*Ключевые слова:* коронарная болезнь сердца; депрессия; приверженность; самооценка.

---

**ЖҮРӨКТҮН КОРОНАРДЫК ООРУСУ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫН  
ДЕПРЕССИЯСЫНЫН ДЕНГЭЭЛИ ЖАНА ДАРЫ-ДАРМЕК МЕНЕН  
ЖАНА ДАРМЕКСИЗ ДАРЫЛООГО ДАЯРДЫГЫН ӨЗҮН-ӨЗҮ БААЛООСУ**

*С.Ю. Мухтаренко, Т.М. Мураталиев, Э.Д. Джишамбаев,  
З.Т. Раджапова, Н.Ж. Жанышбекова*

Бул макалада жүрөктүн коронардык оорусу менен ооруган бейтаптардын депрессиясынын таркалышын жана дааналыгын, ошондой эле дары-дармек менен жана дары-дармексиз дарыланууну карманууда өзү-өзү баалоонун өзгөчөлүктөрүн изилдөөнүн жыйынтыктары көрсөтүлдү. Жүрөктүн коронардык оорусу менен ооруган 135 оорулуу изилдөөгө алынды. Бардык оорулуулардын жүрөктүн коронардык оорусу селективдүү диагнозу коронароангиография менен тастыкталды. Бектин (BDI) шкаласын пайдалануу менен депрессиянын деңгээли изилденди. Оорулуунун дары-дармек менен жана дары-дармексиз сунуштарды аткарууга даярдыгы (өзүн-өзү баалоосу) визуалдык аналогдук шкаласын (VAS) маалыматтарынын жардамы менен талдоого алышты. Изилдөөнүн жыйынтыгын математикалык иштеп чыгуу Excel жана STATISTICA 6.0. программаларынын жардамы менен жүргүзүлдү. Жыйынтыктар орточо мааниде (M) жана стандарттуу айырма (SD) түрүндө алынды. Сандык көрсөткүчтөргө статистикалык талдоо жүргүзүү үчүн Стьюденттин паараметрлик критерийлери, сапаттуу көрсөткүчтөр үчүн  $\chi^2$  критерийи же Фишердин так критерийи пайдаланылды. Сапаттык өзгөрмөлөрдүн ортосундагы өз ара байланышты изилдөө үчүн  $2 \times 2$  байланыш таблицасы түзүлдү,  $\chi^2$  эсептелип чыкты, салыштырмалуу тобокелдик жана салыштырмалуу тобокелдик үчүн 95 % ишеним интервалы аныкталды. Топтор арасындагы көрсөткүчтөрдөгү айырма  $p < 0,05$  болгондо статистикалык маанилүү деп эсептешти. Изилдөөнүн маалыматтары боюнча BDI шкаласы менен жүрөктүн коронардык оорусу менен ооруган бейтаптардын депрессиясынын жеңил (47,31 %) жана даана байкалган (33,33 %) деңгээлдери көп кездеше тургандыгы белгиленди. VAS шкаласын пайдалануу менен жүргүзүлгөн талдоонун жыйынтыктары жүрөктүн коронардык оорусу менен ооруган бейтаптардын көпчүлүгүнүн дарыланууга

даяр экендигинин чыныгы көрүнүшүн чагылдырбайт, ооруган кырдаалда изилдөө жүргүзгөндө социалдык жактан колдоого алынган «Мен» деген адаптациялык образды түзүүгө умтулгандык тууралуу мүнөздөйт.

Түйүндүү сөздөр: жүрөктүн коронардык оорусу; депрессия; кармангандык; өзүн-өзү баалоо.

## DEPRESSION LEVEL AND SELF-ASSESSMENT OF READINESS FOR ADHERENCE TO PHARMACOLOGICAL AND NON-PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

*S.Yu. Mukhtarenko, T.M. Murataliev, E.D. Djishambaev,  
Z.T. Radzhapova, N.Zh. Zhanyshebekova*

The results of the study on prevalence and severity of depression and the characteristics of self-esteem of adherence pharmacological and non-pharmacological therapy in patients with coronary heart disease (CHD) are presented. 135 patients with coronary heart disease were examined. In all patients, the diagnosis of coronary heart disease (CHD) was confirmed by coronary angiography. Depression was investigated using Beck Depression Scale (BDI). Willingness (self-assessment of compliance) to implement the patient's pharmacological and non-pharmacological recommendations was analyzed according to the visual analogue scale (VAS). Mathematical processing of the results was performed using Excel and STATISTICA 6.0. The results are presented as mean (M) and standard deviation (SD). For statistical analysis of quantitative indicators used parametric Student's criterion, for qualitative indicators - criterion  $\chi^2$  or Fisher's exact test. To study the relationship between qualitative variables, 2 x 2 contingency tables were compiled,  $\chi^2$  was calculated, relative risk (RR) and 95 % confidence interval (CI) for RR were determined. Differences between groups were considered statistically significant at  $p < 0.05$ . According to the survey, the BDI scale shows a rather high incidence of mild (47,31 %) and severe (33,33 %) degrees of depression in patients with CHD. The results of the analysis using the VAS scale do not reflect the true situation of preparedness for adherence to therapy in the vast majority of the examined patients with CHD, but point to the tendency, during the examination, to create a socially approved adaptive image of "Me" in a disease situation.

**Keywords:** coronary heart disease; depression; adherence; self-assessment.

**Актуальность.** В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются ведущей причиной заболеваемости и смертности людей в большинстве стран мира [1]. Одной из причин высокой смертности от коронарной болезни сердца (КБС) является недостаточная первичная и вторичная профилактика, в том числе и профилактика психосоциальных факторов риска [1–3]. Депрессия широко распространена среди больных КБС [3, 4]. В Кыргызской Республике (КР) в настоящее время установлена довольно высокая частота встречаемости аффективных расстройств непсихотического уровня среди трудоспособного населения – 989,9 случая на 100 тыс. населения [5]. В связи с тем, что в КР ССЗ являются одной из ведущих причин смертности населения [5], выявление распространенности и выраженности аффективных расстройств у данного контингента больных весьма актуально.

Другим фактором, оказывающим влияние на течение и прогноз ССЗ и, в частности КБС, является приверженность к лечению. По определению ВОЗ, приверженность к терапии – это соответствие поведения пациента рекомендациям врачей, включая прием препаратов, диету и/или изменения образа жизни [6]. Приверженность (adherence,

compliance) – это многокомпонентный феномен, определяемый несколькими факторами: пациент, заболевание, лечение, система здравоохранения, социально-экономические факторы, личность врача [7]. В зарубежной литературе используется также термин «индекс кооперации» [8]. Отличием понятий «комплаенс» и «индекс кооперации» является то, что индекс кооперации указывает не только желание, но и возможность пациента следовать врачебным рекомендациям, что имеет особое значение для организационных мероприятий здравоохранения в странах СНГ.

В последние годы низкая приверженность к лечению артериальной гипертензии расценивается все большим числом экспертов как самостоятельный фактор риска развития КБС и цереброваскулярных заболеваний, в частности мозговых инсультов, а низкая приверженность к лечению КБС – как фактор неблагоприятных исходов и смерти [9, 10]. В настоящее время имеется все больше указаний на то, что депрессия тесно ассоциирована с низкой приверженностью больных к лечению и выполнению врачебных рекомендаций, что затрудняет вторичную профилактику заболевания [11, 12].

**Цель исследования** – изучить уровень депрессии и готовность к выполнению медикаментозной и немедикаментозной терапии у больных КБС.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 135 больных КБС (средний возраст  $57,97 \pm 8,31$  года): у 71 (52,59 %) – нестабильная стенокардия (НС), у 64 (47,41 %) – стенокардия напряжения (СН) II–III ФК. Обследование проводилось в отделениях Национального центра кардиологии и терапии имени Мирсаида Миррахимова. Клинико-инструментальное обследование больных КБС включало выполнение электрокардиографии (ЭКГ), эхокардиографии, ЭКГ-нагрузочного теста (велоэргометрия) и биохимического анализа крови. Всем обследованным больным диагноз КБС был подтвержден селективной коронароангиографией. 63 (46,67 %) больных получали только медикаментозную терапию (МТ), 72-м (53,33 %) была проведена реваскуляризация миокарда (РМ). В группе женщин РМ была проведена 11 (64,71 %) больным, МТ получали 6 (35,29 %) пациентов. В группе мужчин РМ проведена 61 (59,61 %) пациенту, МТ получали 57 (48,31 %) больных.

Для исследования уровня депрессии была использована шкала депрессии Бека (BDI) [13]. Готовность (самооценка комплаенса, СК) к выполнению медикаментозных и немедикаментозных рекомендаций больного исследовали по данным визуальной аналоговой шкалы (VAS) [14]. Все пациенты понимали текст предложенного психометрического теста (BDI) и инструкцию к шкале VAS, хорошо владели русским языком (тесты предъявлялись на русском языке).

**Критерии исключения:** больные с постоянными формами нарушений ритма сердца, тяжелыми сопутствующими соматическими заболеваниями, выраженным органическим поражением мозга, алкоголизмом, застойной сердечной недостаточностью. Обязательным условием включения пациентов в исследование было получение информированного согласия.

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. Различия в показателях

между группами считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Социально-демографическая характеристика больных представлена в таблице 1.

Показатель по шкале депрессии BDI в общей группе больных КБС ( $n = 135$ ) составил  $14,6 \pm 9,21$  балла, что соответствовало легкой степени депрессии. У 42 (31,11 %) больных симптомы депрессии по шкале BDI отсутствовали (0–9 баллов), у 93 (68,89 %) отмечалась различная степень выраженности симптомов депрессии по этой шкале (10–63 балла).

Частота встречаемости различных степеней депрессии по шкале BDI представлена в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, в подгруппе больных с наличием симптомов депрессии по шкале BDI наиболее часто встречались легкая и выраженная степени депрессии.

Готовность к выполнению медикаментозных и немедикаментозных рекомендаций в общей группе больных КБС составила  $86,52 \pm 18,19$  балла. По результатам самооценки шкалы VAS 69 (51,11 %) больных выразили полную готовность к соблюдению медикаментозных и немедикаментозных рекомендаций (СК = 100 баллов, подгруппа I), а у 66 (48,89 %) больных СК был  $< 100$  баллов (подгруппа II). В подгруппе II у 3 (4,54 %) больных СК равнялся 20–40, у 12 (18,18 %) – 50, у 3 (4,54 %) – 60, у 12 (18,18 %) – 70, у 17 (25,76 %) – 80, у 19 (28,80 %) – 90 баллов.

В таблице 3 представлены данные частоты встречаемости СН и НС, МТ и РМ, а также уровня депрессии по шкале BDI в подгруппах I и II общей группы больных.

Как видно из таблицы 3, по частоте встречаемости СН, НС, МТ и РМ подгруппы I и II практически не различались. Уровень депрессии по шкале BDI в обеих подгруппах соответствовал легкой степени, различия статистически не значимо.

Анализ сравнения показателей депрессии по шкале BDI и СК по шкале VAS в подгруппах больных НС и СН выявил следующее. Уровень депрессии по шкале BDI в подгруппе НС соответствовал умеренной степени ( $16,1 \pm 9,3$ ), а в подгруппе СН – легкой степени ( $12,94 \pm 8,81$ ) балла;  $p < 0,04$ . Уровень СК в подгруппе НС равнялся  $88,45 \pm 15,62$ , а в подгруппе СН –  $84,37 \pm 20,45$  балла, различия статистически не значимо (рисунок 1).

Значения показателей депрессии по шкале BDI и СК по шкале VAS анализировались также в подгруппах МТ и РМ. В подгруппе МТ уровень депрессии по шкале BDI составил  $16,61 \pm 10,13$  (умеренная степень); а в подгруппе РМ –  $12,83 \pm 7,9$  балла (легкая степень),  $p < 0,01$ . Показатель СК

Таблица 1 – Социально-демографическая характеристика в общей группе обследованных больных КБС (n = 135)

Характеристика	Количество, n (%)
Пол:	
- мужчины	118 (87,41)
- женщины	17 (12,59)
Национальность:	
- славяне	45 (33,33)
- кыргызы	69 (51,11)
- другие национальности	21 (15,56)
Семейное положение:	
- в браке	118 (87,40)
- вдовец(а)	8 (5,93)
- в разводе либо расстались	8 (5,93)
- в браке никогда не состоял(а)	1 (0,74)
Профессиональная занятость:	
- работает	41 (30,37)
- инвалид вследствие заболевания	46 (34,07)
- временно не работает	12 (8,89)
- пенсионер по возрасту	36 (26,67)
Образование:	
- незаконченное среднее	7 (5,13)
- среднее	45 (33,33)
- незаконченное высшее	5 (3,70)
- высшее	78 (57,78)

Таблица 2 – Частота встречаемости различных степеней депрессии по шкале BDI в общей группе обследованных больных КБС (подгруппа с показателем по BDI 10–63 балла, n = 93)

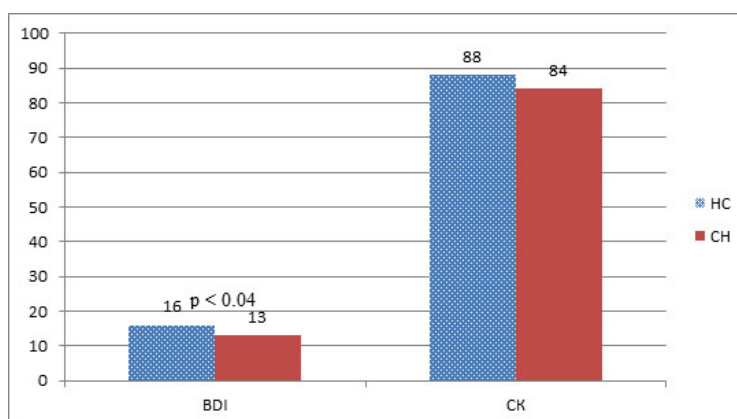
Степень	Степень депрессии		Количество, n, %
I	Легкая	10–15	44 (47,31) × ≠ ∞
II	Умеренная	16–19	13 (13,98) × § £ ∅
III	Выраженная	20–29	31 (33,33) ≠ § £ ¥
IV	Тяжелая	30–63	5 (5,38) ∞ £ ∅ ¥

Примечание. × – p < 0,0001; ≠ – p < 0,02; ∞ – p < 0,0001; £ – p < 0,0007; ∅ – p < 0,03; ¥ – p < 0,0001.

Таблица 3 – Частота встречаемости СН и НС, МТ и РМ, а также уровня депрессии по шкале BDI в подгруппах I и II

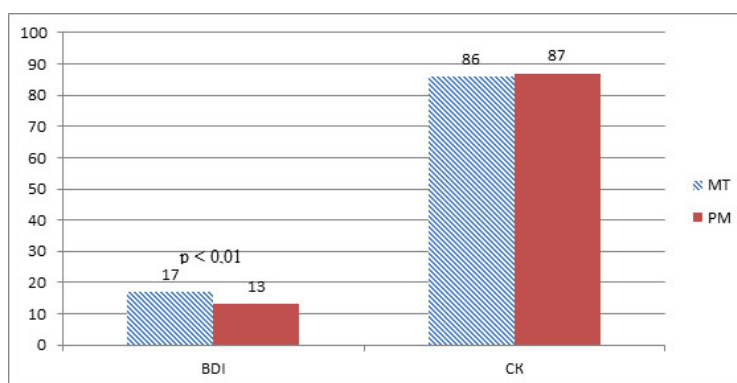
Подгруппа	Диагноз		Методы вмешательства		BDI
	СН	НС	МТ	РМ	Д
I, (n, %) 69 (51,11 %)	33 (47,8 %)	36 (52,2 %)	32 (46,4 %)	37 (53,6 %)	13,72 ± 8,4
II, (n, %) 66 (48,89 %)	31 (47,0 %)	35 (53,0 %)	31 (47,0 %)	35 (53,0 %)	15,51 ± 9,0
ОР, ДИ	1,0 0,7–1,5	0,9 0,7–1,4	0,9 0,7–1,4	1,0 0,7–1,4	

Примечание. I – СК = 100 баллов; II – СК < 100 баллов; СН – стенокардия напряжения; НС – нестабильная стенокардия; МТ – медикаментозная терапия; РМ – реваскуляризация миокарда; Д – депрессия.



Примечание. HC – нестабильная стенокардия; CH – стенокардия напряжения.

Рисунок 1 – Уровень депрессии по шкале BDI и СК в подгруппах HC и CH



Примечание. MT – медикаментозная терапия; PM – реваскуляризация миокарда.

Рисунок 2 – Уровень депрессии по шкале BDI и СК по шкале VAS в подгруппах MT и PM

по шкале VAS в подгруппе MT равнялся  $86,19 \pm 18,72$ , а в подгруппе PM –  $86,81 \pm 18,24$  балла, различие статистически не значимо (рисунок 2).

Таким образом, значения показателя депрессии по шкале BDI различались только в сравниваемых подгруппах HC и CH и MT и PM и были статистически не значимы в сравниваемых подгруппах I и II (по значению показателя СК по шкале VAS). Не выявлено статистически значимых различий по показателю СК шкалы VAS в подгруппах HC и CH, MT и PM.

При анализе данных шкалы VAS необходимо отметить указания пациентов на затруднения в приобретении лекарственных препаратов по социальным мотивам: «не знаю, все зависит от денег» (СК < 100 баллов).

#### Выводы

1. По данным обследования шкалой BDI отмечается довольно высокая частота встречаемости легкой (47,31 %) и выраженной (33,33 %) степеней

депрессии у больных КБС, что необходимо учитывать при планировании лечебных и реабилитационных программ.

2. Результаты анализа с использованием шкалы VAS не отражают истинную картину готовности к приверженности терапии у подавляющего большинства обследованных больных КБС, а свидетельствуют о стремлении при обследовании к созданию социально одобряемого адаптационного образа «Я» в ситуации болезни. Подтверждением этому является и отсутствие статистически значимого различия между показателями уровня депрессии по шкале BDI в подгруппах больных с СК = 100 и СК < 100 баллов.

3. Мы предполагаем, что уровень депрессии может оказывать определенное влияние на формирование приверженности к терапии у больных КБС, однако данные по шкале BDI и показатель СК по шкале VAS необходимо сопоставлять как с результатами использования валидизированных

шкал для определения приверженности к терапии, так и с данными клинического интервью.

4. При анализе данных обследования больных на предмет приверженности терапии необходимо учитывать «индекс кооперации», который определяет не только желание, но и возможность пациента следовать врачебным рекомендациям, что имеет особое значение для организационных мероприятий здравоохранения в странах СНГ.

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

**Disclosures.** All authors have stated that there were no potential conflicts of interest requiring disclosure in this paper.

#### Литература

1. 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;252:207–74. DOI: 10.1016/j.atherosclerosis.2016.05.037. PMID: 27664503.
2. Perk J., De Backer G., Gohlke H. et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) // *Eur Heart J* 2012;33(13):1635–701. DOI: 10.1093/eurheartj/ehs092. PMID: 22555213.
3. Lichman J.H., Froelicher E.S., Blumenthal J.A. et al. Depression as a Risk Factor for Poor Prognosis Among Patients With Acute Coronary Syndrome: Systematic Review and Recommendations. A Scientific Statement From the American Heart Association // *Circulation* 2014; 129 (12): 1350–69. DOI: 10.1161/cir.0000000000000019.
4. Zpakowski N., Bennell M.C., Qiu F. et al. Clinical impact of subsequent depression in patients with a new diagnosis of stable angina. *Cir Cardiovasc Qual Outcomes* 2016. DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.116.002904.
5. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2017 году. Бишкек, 2018.
6. World Health Organization: Adherence to long-term therapies, evidence for action. Geneva: 2003. 230 p. URL. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf>
7. Ратова Л.Г. Выбор антигипертензивного препарата как неуточненный фактор формирования приверженности лечению у пациента с артериальной гипертонией / Л.Г. Ратова // *Системные гипертензии*. 2009. № 4. С. 38–49.
8. Белевский А.С. Сравнительные характеристики изменений кооперативности и качества жизни больных бронхиальной астмой при использовании различных способов доставки дозированных аэрозолей / А.С. Белевский, Н.Н. Мещерякова // *Пульмонология*. 2003. № 2. С. 42–8.
9. Hamilton G.A. Measuring adherence in a hypertension clinical trial // *Eur J Cardiovasc Ners*. 2003; 3: 219–28.
10. Neutel J.M., Smithy D.H. Improving patient compliance: a major goal in the management of hypertension // *J Clin Hypertens*. 2003; 2: 127–32.
11. Погосова Г.В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти / Г.В. Погосова // *Кардиология*. 2002; 4: 86–91.
12. Ziegelstein R.C., Fauerbach J.A., Shevens S.S. et al. Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction // *Arch Intern Med* 2000; 160: 1818–23.
13. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. et al. Inventory for Measuring Depression // *Arc Gen Psychiat* 1961; 4: 561–71.
14. Оганов Р.Г. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца / Р.Г. Оганов, Г.В. Погосова, И.Е. Колтунов и др. // *Кардиология*. 2011. № 2. С. 59–66.