

Изучение приверженности врачам рекомендациям пациентов, перенесших мозговой инсульт. Роль тревоги и депрессии (результаты регистра ЛИС-2)

Журавская Н. Ю., Кутишенко Н. П., Марцевич С. Ю., Лукина Ю. В., Гинзбург М. Л. от имени рабочей группы исследования “ЛИС-2”#

ФГБУ “Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины” Минздрава России. Москва, Россия

Цель. Оценить приверженность врачам рекомендациям и изучить ее связь с постинсультной тревогой и депрессией пациентов, перенесших мозговой инсульт (МИ).

Материал и методы. Исследование проведено на базе регистра пациентов, госпитализированных с диагнозом МИ/транзиторная ишемическая атака в Люберецкую районную больницу №22009-2011гг. Через 2,8 (2,1; 3,5) лет после выписки выясняли жизненный статус пациентов. Проводился осмотр, предлагалось заполнить анкету приверженности, разработанную в ГНИЦ ПМ, включающую тест Мориски-Грина (М-Г), краткую госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS.

Результаты. Включены 960 человек, на вопросы анкеты приверженности ответили 370, 360 (37,5%) мужчин и 600 (62,5%) женщин, средний возраст 71,1±9,8 лет (25-99 лет). В стационаре умерли 207 (21,6%) человек, 753 (78,4%) были выписаны для продолжения амбулаторного лечения. Удалось установить жизненный статус 688 (91,4%) пациентов, не удалось установить контакт с 65 (8,6%). После выписки из стационара умерли 237 (31,5%) человек, от осмотра и обследования отказались 77 (10,2%), 374 (49,7%) пациента были осмотрены, из них 370 человек согласились заполнить анкету. По госпитальной шкале HADS депрессия выявлена у 256 (69%) пациентов, тревога — у 171 (46,2%). По тесту М-Г

приверженными лечению оказались только 49 (13,2%), недостаточно приверженными — 61 (16,5%), неприверженными — 229 (61,9%). Обнаружена статистически значимая связь между наличием и показателем приверженности ($\chi^2=8,93$; $p=0,003$), аналогичная связь выявлена между наличием тревоги и приверженностью пациентов ($\chi^2=6,29$; $p=0,01$). Наличие депрессивных состояний с большой вероятностью (в ~2 раза) увеличивало шанс иметь низкие показатели приверженности (ОШ=2,035; 95% ДИ 1,272-3,254). Наличие тревожных расстройств увеличивало шанс быть неприверженным также в ~2 раза (ОШ=1,775; 95% ДИ 1,131-2,784).

Заключение. Выявлена высокая частота депрессии и тревоги у пациентов, перенесших МИ, что может оказать негативное влияние на соблюдение врачебных рекомендаций.

Ключевые слова: мозговой инсульт, депрессия, тревога, приверженность, регистр, вторичная профилактика.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2015; 14(2): 46–51
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2015-2-46-51>

Поступила 16/02-2015

Принята к публикации 26/02-2015

Study of the physician recommendation adherence in patients after stroke. The role of anxiety and depression (registry LIS-2)

Zhuravskaya N. Yu., Kutishenko N. P., Martsevich S. Yu., Lukina Yu. V., Ginzburg M. L. on behalf of the workgroup of “LIS-2”#
FSBI “State Scientific-Research Center for Preventive Medicine” of the Healthcare Ministry. Moscow, Russia

Aim. To assess the adherence to physician recommendations and to study its relation to the post stroke anxiety and depression after stroke.

Material and methods. The study was done on the basis of patients hospitalized with the diagnosis of stroke/transient ischemic attack to Lubertsy district hospital №2 during 2009-2011. In 2,8 (2,1; 3,5) years after discharge we requested patients' life status. The examination was performed, questionnaire of adherence developed in SSRCPM, that include Morisky-Greene test (MGT), short in-hospital anxiety scale HADS.

Results. Totally 960 patients included, of those 370 replied to adherence questions, 360 (37,5%) men and 600 (62,5%) women, mean age 71,1±9,8 years (25-99 y.). In hospital 207 (21,6%) died, 753 (78,4%) were discharged for outpatient care. We succeeded to know the life status of 688 (91,4%) patients, and failed with 65 (8,6%). After discharge from the

hospital 237 (31,5%) persons died, refused to be examined 77 (10,2%), 374 (49,7%) were examined, of those 370 agreed to fill in questionnaire. By the HADS score depression was found in 256 (69%), anxiety in 171 (46,2%). By the MGT adherent were only 49 (13,2%), not enough adherent 61 (16,5%), non-adherent 229 (61,9%). We found statistic relation of adherence parameter existence and value ($\chi^2=8,93$; $p=0,003$), the same relation was found for the anxiety and adherence ($\chi^2=6,29$; $p=0,01$). Depression is highly probable (about 2 times) increased the chance to have low adherence parameters (OR=2,035; 95% CI 1,272-3,254). Anxiety spectrum disorders increased the chance to be non-adherent in about 2 times too (OR=1,775; 95% CI 1,131-2,784).

Conclusion. We revealed a high prevalence of depression and anxiety in patients after MI that can negatively affect adherence to physician recommendations.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
e-mail: n4e6e4ka@yandex.ru

[Журавская Н. Ю.* — аспирант отдела профилактической фармакотерапии, Кутишенко Н. П. — д.м.н., зав. лабораторией фармакоэпидемиологических исследований отдела профилактической фармакотерапии, Марцевич С. Ю. — д.м.н., профессор, руководитель отдела, Лукина Ю. В. — к.м.н., с.н.с. отдела, Гинзбург М. Л. — к.м.н., зав. кардиологическим отделением МУЗ Люберецкая районная больница №2, с.н.с. отдела от имени рабочей группы исследования “ЛИС-2”].

Key words: brain stroke, depression, anxiety, adherence, registry, secondary prevention.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2015; 14(2): 46–51
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2015-2-46-51>

ДИ — доверительный интервал, ЛИС-2 — Люберецкое Исследование Смертности больных, перенесших мозговой инсульт, ЛРБ — Люберецкая районная больница № 2, МИ — мозговой инсульт, МКБ-10 — международная классификация болезней № 10, ОШ — отношение шансов, ТИА — транзиторная ишемическая атака, HADS — The Hospital Anxiety and Depression Scale, госпитальная шкала тревоги и депрессии.

Мозговой инсульт (МИ) является второй по частоте причиной смертности после инфаркта миокарда и основной причиной инвалидизации населения в мире [1, 2]. В России заболеваемость и смертность от МИ остаются одними из самых высоких в мире: 297,9 тыс. случаев смерти от МИ по данным демографического ежегодника России 2014г. Согласно мировой статистике более половины МИ приходится на лиц >70 лет [3]. Хорошо известно, что ~60% больных после перенесенного МИ становятся инвалидами, и только 20% таких пациентов возвращаются к своей профессиональной деятельности [4].

Данные доказательной медицины свидетельствуют о том, что раннее начало комплекса мер по вторичной профилактике МИ способно значительно снизить не только частоту повторного МИ, но и связанные с ним сердечно-сосудистые заболевания и сердечно-сосудистую смертность. Комплекс мер по вторичной профилактике включает в себя назначение антигипертензивных препаратов, статинов, антиагрегантов, антикоагулянтов (при наличии показаний), соблюдение диетических рекомендаций, рекомендаций по физической активности, отказу от курения, компенсации сахарного диабета [5].

Одним из ведущих осложнений, развивающихся у пациентов с МИ, является формирование постинсультной депрессии [6]. По данным многочисленных исследований, проведенных в различное время и разных странах, постинсультная депрессия выявлялась с одинаковой частотой: у ~30-35% (от 20% до 60%) пациентов с МИ [7-10]. С наличием постинсультной депрессии связывают повышенный риск смертности [11]. Тревожные расстройства также часто регистрируются у пациентов с МИ, часто их достаточно сложно разделить от депрессивных расстройств. До сих пор существуют различные мнения по поводу того, являются ли тревожные расстройства самостоятельным заболеванием или же проявлением депрессивного состояния. В соответствии с МКБ-10 принято выделять как коморбидные состояния депрессии и тревожного расстройства, так и тревожно-депрессивные состояния с превалированием либо депрессии, либо тревоги.

Присоединение постинсультной депрессии неблагоприятно влияет на постреабилитационные мероприятия, социальную и профессиональную адаптацию, т.е. влияет на приверженность длительной терапии основного заболевания [12]. Под при-

верженностью терапии понимают степень, согласно которой поведение человека (прием препарата, соблюдение диеты и/или изменение образа жизни) соответствует согласованным рекомендациям медицинского специалиста [13]. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) проблема недостаточной приверженности рекомендованной терапии является наиболее актуальной проблемой медицины, поскольку негативно влияет на результаты лечения, способствует развитию сосудистых заболеваний и их осложнений [14]. Отсутствие приверженности в некоторых научных обзорах рассматривается как еще один возможный сердечно-сосудистый фактор риска [15].

Отечественных исследований, в которых бы изучалась приверженность лечебным рекомендациям пациентов, перенесших МИ, немного, как и исследований, в которых оценивались факторы, связанные с приверженностью этих больных.

Таким образом, целью настоящего исследования было оценить приверженность врачам рекомендациям и изучить ее связь с постинсультной тревогой и депрессией у пациентов, перенесших МИ.

Материал и методы

Исследование ЛИС-2 (Люберецкое Исследование Смертности больных, перенесших МИ) представляет собой регистр пациентов, госпитализированных с диагнозом МИ/транзиторная ишемическая атака (ТИА) в Люберецкую районную больницу №2 (ЛРБ) за период с 01.01.2009г по 31.12.2011г. Дизайн протокола был описан в предыдущих публикациях [16]. В настоящей работе представлены результаты амбулаторного этапа наблюдения. На этом этапе со всеми пациентами, выписанными из стационара или их родственниками устанавливался телефонный контакт и выяснялся жизненный статус больного. Если пациент был жив и мог посетить ЛРБ или поликлинику, то его приглашали на амбулаторное обследование, включавшее опрос и осмотр пациента врачом, исследование основных биохимических показателей, заполнение пациентом вопросника — унифицированной анкеты приверженности лечению. Использовалась анкета, разработанная ранее в отделе профилактической фармакотерапии ФГБУ «ГНИЦ ПМ», в которую был включен валидизированный тест Мориски-Грина [17]. Согласно тесту, приверженными считались пациенты, набравшие 4 балла, недостаточно приверженными — 3 балла, не приверженными лечению ≤2 балла. Дополнительно в анкету была включена краткая госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), которая рекомендована для первичного (скринингового) выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики [18]. Были выделены пациенты без выраженных

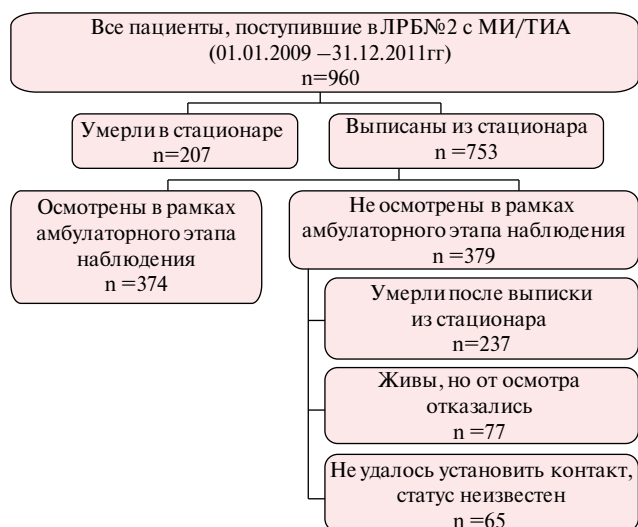


Рис. 1 Схема исследования.

симптомов тревоги и депрессии или “норма” (0-7 баллов), с “субклиническими нарушениями” — 8-10 баллов и с “клинически выраженными нарушениями” ≥ 11 баллов. Если пациент не мог посетить ЛРБ, то опрос, обследование и заполнение анкеты проводилось на дому. Анкету заполнял пациент собственноручно, а при невозможности самостоятельного заполнения — либо врачом, либо родственником больного.

Обработку результатов выполняли с помощью пакета статистических программ STATISTICA 6.0, используя стандартные методы описательной статистики. Количественные показатели с распределением отличным от нормального, представлены в виде медианы (Me) и перцентильного ранжирования (25 и 75 перцентили). Различия между изучаемыми группами были оценены по непараметрическим критериям (U-критерий Манна-Уитни) для количественных величин и с помощью χ^2 для номинальных переменных. При описании взаимосвязи номинальных переменных использовался расчет отношения шансов (ОШ) и его 95% доверительного интервала (ДИ).

Результаты

Всего в исследование ЛИС-2 были включены 960 человек, из них 360 (37,5%) мужчин и 600 (62,5%) жен-

щин, средний возраст пациентов составил $71,1 \pm 9,8$ лет (25-99 лет), а медиана — 72,0 года (64; 78). В стационаре умерли 207 (21,6%) человек, 753 (78,4%) были выписаны для продолжения амбулаторного лечения. Удалось установить жизненный статус 688 (91,4%) пациентов, установить контакт не удалось с 65 (8,6%) больными. После выписки из стационара умерли 237 (31,5%) человек, от осмотра и обследования отказались 77 (10,2%), 374 (49,7%) пациента были осмотрены, из них 370 согласились заполнить стандартизованную анкету. Схема исследования представлена на рисунке 1. Медиана между выпиской пациента из больницы и осмотром составила 2,8 (2,1; 3,5) лет.

Большинство опрошенных пациентов наблюдались в поликлинике по месту жительства (74,6%), очень небольшое число пациентов — в ведомственных, научных и коммерческих учреждениях (4,4%), нигде постоянно не наблюдались — 9,2%, примерно столько же пациентов не ответили на данный вопрос. Один раз в полгода и чаще лечащего врача посещали только 45,6% из опрошенных пациентов, остальные — реже одного раза в полгода и даже реже одного раза в год (22,4%) или крайне нерегулярно (17,8%), не ответили на вопрос 15,1% пациентов.

В таблице 1 представлены основные клинικο-демографические данные пациентов, прошедших и не прошедших анкетирование (данные умерших на постгоспитальном этапе пациентов в этот анализ не включены). Учитывались следующие показатели на момент госпитализации: пол, возраст, пенсионный статус, наличие группы инвалидности, первичный или повторный референсный МИ, показатель сознания на момент госпитализации. Группа пациентов, осмотренных на амбулаторном этапе и ответивших на вопросы анкеты, существенно не отличалась по основным клинико-анамнестическим показателям, зафиксированным на момент поступления в стационар, от группы пациентов, осмотреть, опросить которых не удалось.

На вопросы анкеты по приверженности ответили 134 мужчины и 236 женщин (4 человека отка-

Таблица 1

Сравнение пациентов, осмотренных и не осмотренных на постгоспитальном этапе, по основным клиническим характеристикам

Показатель	Осмотренные на постгоспитальном этапе (n=374)	Не осмотренные на постгоспитальном этапе (n=142)	p
Пол, м/ж (%)	137 (36,6%) / 237 (63,4%)	60 (42,3%) / 82 (57,7%)	0,24
Возраст, M+m	69,4 \pm 8,7	67,9 \pm 11,4	0,70
Статус пенсионера, да/нет (%)	334 (89,3%) / 40 (10,7%)	119 (83,8%) / 23 (16,2%)	0,09
Наличие инвалидности, да/ нет/ неизвестно (%)	132 (35,3%) / 222 (59,4%) / 20 (5,3%)	37 (26,1%) / 91 (64,1%) / 14 (9,9%)	0,09
Повторный МИ, да / нет / неизвестно (%)	65 (17,4%) / 307 (82,1%) / 2 (0,5%)	31 (21,8%) / 102 (71,8%) / 9 (6,4%)	0,14
Сознание при поступлении, ясное/измененное/неизвестно (%)	301 (80,5%) / 66 (17,6%) / 7 (1,9%)	104 (73,2%) / 38 (26,8%) / 0 (0%)	0,50

Таблица 2

Сравнение пациентов, заполнивших анкеты самостоятельно, или с помощью врача, или родственника со слов больного, по основным клиническим характеристикам

Показатель	Заполнили анкету самостоятельно (n=46)	Анкета заполнена со слов больного (n=303)	p
Пол, м/ж (%)	15 (32,6%)/31 (67,4%)	115 (38%) / 188 (62%)	0,48
Возраст, M±m	66±9,1	69,9±8,6	0,7
Статус пенсионера, да/нет (%)	40 (87%) / 6 (13%)	270 (89,1%) / 33 (10,9%)	0,67
Наличие инвалидности, да / нет / неизвестно (%)	12 (26,1%) / 31 (67,4%) / 3 (6,5%)	110 (36,3%) / 178 (58,7%) / 15 (5%)	0,19
Повторный МИ, да / нет / неизвестно (%)	11 (23,9%) / 34 (73,9%) / 1 (2,2%)	50 (16,5%) / 252 (83,2%) / 1 (0,3%)	0,19
Сознание при поступлении, ясное/измененное/неизвестно (%)	41 (89%) / 5 (11%) / 0 (%)	240 (79,2%) / 58(19,1%) / 5 (1,7%)	0,16

Таблица 3

Ответы пациентов на вопрос о соблюдении рекомендаций лечащего врача

Соблюдение рекомендаций врача	Пациенты, n (%)
Принимают препараты строго согласно рекомендациям врача	202 (54,6%)
Иногда забывают принять препарат	72 (19,5%)
Принимают препараты нерегулярно, самостоятельно отменяют препараты, меняют дозы	60 (16,2%)
Принимают лекарственных препаратов, т.к. считаю, что вред от их приема больше, чем польза или по другим причинам	24 (6,5%)
Принимают и другие (не рекомендованные врачом) лекарственные препараты, биологически активные добавки по советам знакомых, теле-, радио- или газетной рекламы	9 (2,4%)
Не были назначены какие-либо лекарственные препараты	3 (0,8%)

зались отвечать на вопросы анкеты и шкалы HADS). Средний возраст респондентов ставил $72,0 \pm 8,9$ года, у мужчин — $70,2 \pm 8,5$, у женщин — $72,2 \pm 9,9$ года.

Самостоятельно на вопросы анкеты ответили только 46 (12,4%) пациентов, большая часть анкет была заполнена со слов больного врачом или родственником (81,9%), у 21 (5,7%) пациента такая информация отсутствовала. При сравнении групп пациентов, ответивших самостоятельно или с помощью врача/родственника, статистически значимых различий по основным клинико-анамнестическим показателям, зафиксированным на момент поступления в стационар, не выявлено (таблица 2).

По данным теста Мориски-Грина приверженными лечению (4 балла) оказались только 49 (13,2%) человек из 370 опрошенных, недостаточно приверженными — 61 (16,5%), не приверженными лечению большинство пациентов — 229 человека (61,9%), на вопросы теста не ответил 31 пациент (8,4%). Наиболее часто пациенты отмечали, что забывали принимать препараты (66%), относились невнимательно к часам их приема (54,3%) или считали, что можно пропустить прием препарата при хорошем самочувствии (46,8%).

На более общий вопрос о соблюдении рекомендаций лечащего врача ответы пациентов распределились иначе: более половины пациентов ответили, что строго следуют рекомендациям врача (таблица 3). Эти данные не вполне согласуются с результатами теста Мориски-Грина, и требуют более



Рис. 2 Причины пропуска или прекращения приема препаратов.

детального обсуждения. Причины пропуска или прекращения приема препаратов представлены на рисунке 2. При отсутствии возможности нескольких вариантов ответов, как в тесте Мориски-Грина, очевидно, что пациенты или забывают принимать рекомендованные препараты или сознательно пропускают прием препаратов.

С помощью шкалы HADS у опрошенных пациентов был выявлен высокий процент депрессивных и тревожных расстройств. Результаты опроса представлены в таблице 4. Следует отметить, что для

Таблица 4 Обсуждение
 Результаты опроса пациентов по шкале HADS (n=370)

Показатель	n (%)
Депрессия клинически выраженная	174 (47,1%)
Депрессия субклиническая	82 (22,1%)
Нет депрессии	114 (30,8%)
Тревога клинически выраженная	91 (24,6%)
Тревога субклиническая	80 (21,6%)
Нет тревоги	199 (53,8%)

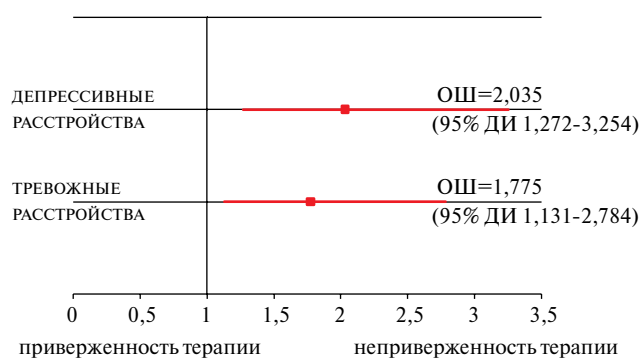


Рис. 3 Связь приверженности лечению с депрессивными и тревожными расстройствами.

коррекции депрессивных расстройств принимали психотропные препараты только 3 человека.

Для проверки на независимость полученных данных между тревогой, депрессией и уровнем приверженности пациентов после перенесенного МИ использован критерий χ^2 . Обнаружена статистически значимая связь между уровнем депрессии согласно краткой госпитальной шкале депрессии и показателем приверженности, оцененной по шкале Мориски-Грина ($\chi^2=8,93$; $p=0,003$), т.е. пациенты, которые страдали депрессивным расстройствами, были менее привержены рекомендованной терапии. Аналогичная статистически значимая связь выявлена между уровнем тревоги и приверженностью пациентов ($\chi^2=6,29$; $p=0,01$).

На рисунке 3 представлена связь между наличием депрессивных и тревожных расстройств (субклинических и клинически выраженных) и показателями приверженности, при этом пациенты, набравшие 3 и 4 балла по шкале Мориски-Грина (приверженные и недостаточно приверженные), были объединены в одну группу, а набравшие ≤ 2 балла — в другую группу. Наличие депрессивных состояний с большой вероятностью (в ~ 2 раза) увеличивало шанс иметь низкие показатели приверженности лечению (ОШ=2,035; 95% ДИ 1,272-3,254). Наличие тревожных расстройств увеличивало шанс быть неприверженным рекомендованной терапии также в ~ 2 раза (ОШ=1,775; 95% ДИ 1,131-2,784).

При создании регистра ЛИС-2 было поставлено несколько задач, одной из которых было изучение качества терапии у пациентов, перенесших МИ, как на догоспитальном и стационарном, так и на амбулаторном этапах наблюдения. В работе представлен анализ результатов по оценке приверженности пациентов врачебным рекомендациям, а также связи между приверженностью и наличием депрессивных и тревожных расстройств.

Основные результаты работы были получены посредством анкетирования, и, несомненно, ответы на некоторые вопросы могли быть заведомо ложными, т.к. больные хотят выглядеть лучше в глазах врача в отношении приема лекарств и соблюдения рекомендаций [14]. По данным различных авторов, средний уровень приверженности варьирует в достаточно широком диапазоне от 25% до 75%, что обусловлено субъективностью проводимых оценок и отсутствием универсального метода оценки показателя [19]. Полученные данные о приверженности, несмотря на ожидаемое завышение со стороны пациента собственной оценки, оказались значительно ниже средних показателей, указанных в отечественных и иностранных источниках. По результатам валидированного теста Мориски-Грина только 13,2% пациентов оказались приверженными лечению, в реальности же эти цифры могут быть еще ниже. Основными причинами низкой приверженности согласно ответам стали забывчивость и невнимательность к часам приема лекарств. Эти же данные подтвердились при анализе ответов на вопрос об основных причинах пропуска препарата, где пациенты вновь основной причиной назвали забывчивость. Однако при ответе же на прямой вопрос о том, принимают ли пациенты препараты, согласно рекомендациям лечащего врача, $>50\%$ ответили положительно, что значительно расходится с данными теста Мориски-Грина. Причиной таких расхождений может быть и то, что пациенты не считают серьезным и важным необходимость строгого соблюдения времени приема препаратов, они не волнуются по поводу пропуска приема по забывчивости, а порой пропускают прием препарата сознательно, если чувствуют себя хорошо. Вполне возможно, что в результатах проявилось желание пациента выглядеть более приверженным в глазах врача.

Полученные в ЛИС-2 результаты свидетельствуют о высокой частоте депрессивных расстройств у больных, перенесших МИ, 47% пациентов имели клинически выраженную депрессию, распространенность тревожных расстройств составила $>46\%$.

Пациенты, перенесшие МИ, находятся в группе высокого риска не только повторных сердечно-сосудистых осложнений, но и развития постин-

сультных депрессии и тревоги. При этом данному вопросу уделяется недостаточное внимание, например, только 3 пациента по данным ответов на вопросы анкеты, принимали какие-либо психотропные препараты, в то время как в исследованиях приверженности терапии пациентов, перенесших МИ, отмечается корреляция низкой приверженности с клинически значимой депрессией, и наоборот, а отсутствие депрессии соотносилось с более высокой степенью приверженности [12, 20]. В представленном исследовании выявлена достоверная связь между наличием депрессивных и тревожных расстройств и недостаточной приверженностью врачам рекомендациям по лечению. Важно, что забывчивость — как основная причина пропуска приема препарата по результатам опроса, также может быть следствием депрессии. Плохая приверженность терапии — рассматривается как один из факторов риска [15], поэтому коррекция тревоги и депрессии необходимый элемент лечения таких больных и теоретически это может улучшить прогноз их жизни. Несомненно, постановку диагноза депрессивного эпизода или тревожно-депрессивного расстройства должен ставить специалист, однако данные скринингового метода диагностики тяжести депрессии и тревоги позволяют выявить пациентов, нуждающихся в такой консультации.

Литература

- Starodubseva OS, Begicheva SV. Analysis of stroke incidence of the use of information technologies. *Fundamental research* 2012; 8: 424-7. Russian (Стародубцева О. С., Бегичева С. В. Анализ заболеваемости инсультом с использованием информационных технологий. *Фундаментальные исследования* 2012; 8: 424-7).
- European Stroke Organisation. Guidelines for Management of Ischemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2008; p 104.
- Feigin VL, Lawes CMM, Bennett DA, Anderson CS. Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. *Lancet Neurology* 2003; 2: 43-53.
- Suslina ZA, Piradov MA. Stroke: Diagnostics, treatment, prevention. 2-d ed. *Medpress-inform* 2001; 2009-288 p. Russian (Суслина З. А., Пирадова М. А. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика. 2-е издание. МЕДпресс-информ 2001; 2009-288 с).
- Liang L, Gregg CF, Deepak LB. Secondary Prevention after Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack. *The American Journal of Medicine* 2014; 127: 728-38.
- Wade DT. Depressed mood after stroke — community study of its frequency. *Br J Psychiatry* 1987; 151: 200-5.
- Gabaldón L, Fuentes B, Frank-García A, Díez-Tejedor E. Poststroke depression: importance of its detection and treatment. *Cerebrovasc Dis* 2007; 24 Suppl 1: 181-8.
- Pogosova GV. Depression a risk factor for coronary heart disease and predictor for coronary death: 10 years of scientific research. *Kardiologia* 2012; 52(12): 4-11. Russian (Погосова Г. В. Депрессия — фактор риска развития ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти: 10 лет научного поиска. *Кардиология* 2012; 52(12): 4-11).
- Lenzi GL, Altieri M, Maestrini I. Post-stroke depression. *Rev Neurol (Paris)* 2008; 164(10):837-40.
- Hackett ML, Yapa C, Parag V. Frequency depression after stroke: a systematical review of observational studies. *Stroke* 2005; 36: 1330-40.
- Dong JY, Zhang YH, Tong J, Qin LQ. Depression And risk of stroke: a meta-analysis of prospective studies. *Stroke* 2012; 43(1): 32-7.
- Gusev EI, Boiko AN, Sidorenko TV. Adherence to primary therapy in patients with post-stroke depression. *Journal of Neurology* 2011; 4: 54-9. Russian (Гусев Е. И., Бойко А. Н., Сидоренко Т. В., Щукин И. А. Приверженность основной терапии у больных с постинсультной депрессией. *Неврологический журнал* 2011; 4: 54-9).
- World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO 2003; 1-192 p.
- Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine* 2005; 353: 487-9.
- Munger MA, Van Tassel BW, LaFleur J. Medication Nonadherence: An Unrecognized Cardiovascular Risk Factor. *MedGenMed* 2007; 9(3): 58.
- Boytsov SA, Martsevich SYu, Ginzburg ML, et al. Lyubertsy study on mortality rate in patients after cerebral stroke or transient ischemic attack (LIS-2). *Ration Pharmacother Cardiol* 2013; 9(2): 114-22. Russian (Бойцов С. А., Марцевич С. Ю., Гинзбург М. Л. др. Люберецкое исследование смертности больных, перенесших мозговой инсульт или транзиторную ишемическую атаку (ЛИС-2). Дизайн и оценка лекарственной терапии. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии* 2013; 9(2): 114-22).
- Lukina YuV, Ginzburg ML, Smirnov VP, et al. Treatment compliance in patients with acute coronary syndrome before hospitalization. *Klinitsist* 2012; 2: 41-50. Russian (Лукина Ю. В., Гинзбург М. Л., Смирнов В. П. и др. Приверженность лечению, предшествующему госпитализации, у пациентов с острым коронарным синдромом. *Клиницист* 2012; 2: 41-5).
- National guidelines. Cardiovascular therapy and prevention 2011; 10(6):1-64p. Russian (Национальные рекомендации ВНОК. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2011; 10(6): 1-64с).
- Martynov AA, Spiridonova YeV, Butareva MM. Increasing compliance to treatment and rehabilitation programs in patients in hospitals, outpatient and polyclinic departments, and factors having an effect on compliance. *Vestnik Dermatologii i Venerologii* 2012; 1: 21-7. Russian (Мартынов А. А., Спиридонова Е. В., Бутарева М. М. Повышение приверженности пациентов стационаров и амбулаторно-поликлинических подразделений к лечебно-реабилитационным программам и факторы, оказывающие влияние на комплаентность. *Вестник дерматологии и венерологии* 2011;1: 21-7).
- Robinson RG. Poststroke depression: prevalence, diagnosis, treatment and disease progression. *Biol Psychiatry* 2003; 54:376-87.

Таким образом, решение задач недостаточной эффективности вторичной профилактики МИ и низкой приверженности лечению у пациентов, перенесших МИ, невозможно без коррекции тревожных и депрессивных состояний, т.к. их вклад в общую картину болезни, терапии и приверженность врачам рекомендациям достаточно велик у данной группы пациентов.

Заключение

В регистре ЛИС-2 среди пациентов, перенесших МИ, выявлена высокая частота субклинических и клинически выраженных депрессивных (68,2%) и тревожных (46,2%) расстройств.

Наличие депрессивных и тревожных расстройств статистически значимо повышало шанс быть неприверженным лечению, в 2,035 и в 1,755 раза, соответственно.

Выявлена крайне низкая частота назначения препаратов для коррекции депрессивных и тревожных расстройств у пациентов, перенесших МИ.

#Рабочая группа: Акимова А. В., Гинзбург М. Л., Даниэльс Е. В., Дмитриева Н. А., Дроздова Л. Ю., Журавская Н. Ю., Кутишенко Н. П., Лерман О. В., Лукина Ю. В., Лукьянов М. М., Марцевич С. Ю., Суворов А. Ю., Смирнов В. П., Фокина А. В.