

## ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Е.А. Кудряшов, А.М. Казимова, А.Д. Нетребина, Т.Р. Бочтарева, В.В. Скибицкий, Н.Е. Кудряшов

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия

**Цель:** оценить взаимосвязь между приверженностью к лечению и психоэмоциональным состоянием (ПЭС) у амбулаторных больных с артериальной гипертензией (АГ). **Материалы и методы:** обследованы 114 амбулаторных пациентов обоих полов с АГ, медиана возраста — 64,00 (57,00–73,00) года. Респонденты заполняли онлайн электронный опросник количественной оценки приверженности лечению (КОП-25) с автоматическим расчётом 4 показателей приверженности к модификации образа жизни (МОЖ), медицинскому сопровождению (МС), лекарственной терапии (ЛТ) и общую приверженность лечению (ОПЛ). Уровень приверженности оценивался как низкий при показателе <50%, средний 50–75% и высокий >75%. Для диагностики ПЭС пациента использовались анкета «Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)», методика оценки тревожности Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина. **Результаты:** у пациентов с АГ показатели приверженности к МОЖ, МС, ЛТ, ОПЛ составили 64,06±17,36, 73,00 (63,25–80,00), 69,53±16,12, 68,55±15,86% соответственно. Чаще встречалась низкая приверженность к МОЖ (у 21,9%) и высокая приверженность к ЛТ (у 40,4% больных). По шкале HADS тревога/депрессия отсутствовали у 86,8/71,1%, их субклинический уровень выявлен у 8,8/19,3%, клинически выраженный уровень — у 4,4/9,6% пациентов соответственно. Реактивная тревожность (РТ) низкого уровня диагностирована у 36,8%, умеренная — у 48,2%, выраженная — у 14,9%. При отсутствии тревоги низкая приверженность к МОЖ и МС выявлена у 16,2% и 6,1%, при субклинической тревоге — у 80% и 30% больных соответственно. При анализе зависимости приверженности к МОЖ, МС, ЛТ и ОПЛ от наличия/отсутствия депрессии у пациентов с АГ не выявлено статистически значимых различий. При увеличении уровня РТ увеличивалось количество пациентов с низким уровнем приверженности и снижалось количество больных с высоким уровнем приверженности к МОЖ, МС, ЛТ и ОПЛ. У более половины пациентов с низкой РТ встречался высокий уровень приверженности к МС, ЛТ, ОПЛ. **Заключение:** большинство амбулаторных пациентов с АГ имело средний уровень приверженности к МОЖ, МС, ЛТ, ОПЛ. Чаще встречалась низкая приверженность к МОЖ и высокая приверженность к ЛТ. Субклиническая/клиническая тревога и депрессия отмечены у 13,2% и 28,9% амбулаторных пациентов с АГ соответственно. Почти 2/3 больных с АГ имело РТ среднего и высокого уровня, указывающие на пребывание в стрессовой ситуации. Отсутствие тревоги у пациентов с АГ статистически значимо ассоциировалось с повышением приверженности к МОЖ и МС, но не было связано с приверженностью к ЛТ и ОПЛ.

**Ключевые слова:** приверженность к лечению, КОП-25, артериальная гипертензия, тревога, депрессия, психоэмоциональное состояние.

**Для цитирования:** Кудряшов Е.А., Казимова А.М., Нетребина А.Д., Бочтарева Т.Р., Скибицкий В.В., Кудряшов Н.Е. Влияние психоэмоционального состояния на приверженность к лечению амбулаторных пациентов с артериальной гипертензией. *Южно-Российский журнал терапевтической практики.* 2025;6(4):93-105. DOI: 10.21886/2712-8156-2025-6-4-93-105.

**Контактное лицо:** Евгений Анатольевич Кудряшов, kudrashov@mail.ru.

## THE INFLUENCE OF THE PSYCHOEMOTIONAL STATE ON THE ADHERENCE TO TREATMENT OF OUTPATIENT PATIENTS WITH HYPERTENSION

Е.А. Kudryashov, А.М. Kazimova, А.Д. Netrebina, Т.Р. Bochtareva, В.В. Skibitsky, N.E. Kudryashov

Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

**Objective:** to assess the relationship between treatment adherence and psychoemotional status (PES) in outpatients with hypertension (AH). **Materials and methods:** 114 outpatients of both sexes with AH were examined, median age 64.00 (57.00–73.00) years. Respondents completed an online quantitative assessment of adherence to treatment (КОП-25) questionnaire with the automatic calculation of 4 adherence indicators to lifestyle modification (LSM), to medical support (MS), to drug

therapy (DT), total adherence to treatment (TAT). Adherence was assessed as low at < 50%, middle 50–75%, and high >75%. To diagnose the patient's PES, the questionnaire "Hospital Scale of Anxiety and Depression (HADS)", the method of assessing anxiety of C.D. Spielberger, Y.L. Khanin. **Results:** in patients with AH, the indicators of adherence to LSM, MS, DT, TAT  $64,06 \pm 17,36$ ;  $73,00$  ( $63,25-80,00$ );  $69,53 \pm 16,12$ ;  $68,55 \pm 15,86\%$ , respectively. Low adherence to LSM (in 21.9%) and high adherence to DT (in 40.4% of patients) were more common. On the HADS scale, 86.8/71.1% had no anxiety/depression, 8.8/19.3% had subclinical levels, and 4.4/9.6% had clinically significant levels, respectively. Reactive anxiety (RA) of low level was diagnosed in 36.8%, moderate in 48.2% and pronounced in 14.9%. In the absence of anxiety, lower adherence to LSM and MS was detected in 16.2% and 6.1%, with subclinical anxiety in 80% and 30% of patients, respectively. When analyzing the dependence of adherence to LSM, MS, DT and TAT on the presence/absence of depression in patients with AH, no significant differences were found. With an increase in RA, the number of patients with a low level of adherence increased and the number of patients with a high level of adherence to LSM, MS, DT and TAT decreased. More than half of patients with low RA experienced a high level of adherence to MS, DT, and TAT. **Conclusion:** the majority of ambulatory patients with AH had an average level of virility to LSM, MS, DT, TAT. Low adherence to LSM and high adherence to DT were more common. Subclinical/clinical anxiety and depression were reported in 13.2% and 28.9% of ambulatory patients with AH, respectively. Almost 2/3 of patients with AH had moderate and high RA, indicating a stay in a stressful situation. Lack of anxiety in patients with AH was statistically significantly associated with increased adherence to LSM and MS, but was not associated with adherence to DT and TAT.

**Keywords:** adherence to treatment, КОП-25, arterial hypertension, anxiety, depression, psycho-emotional status.

**For citation:** Kudryashov E.A., Kazimova A.M., Netrebina A.D., Bochtareva T.R., Skibitsky V.V., Kudryashov N.E. The influence of the psychoemotional state on the adherence to treatment of outpatient patients with hypertension. *South Russian Journal of Therapeutic Practice*. 2025;6(4):93-105. DOI: 10.21886/2712-8156-2025-6-4-93-105.

**Corresponding author:** Evgeny A. Kudryashov, kudrashov@mail.ru.

## Введение

Артериальная гипертензия (АГ) — одно из наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний в мире, успешное лечение которого зависит от многих факторов, в том числе от приверженности к лечению и психоэмоционального состояния (ПЭС) пациента [1].

Приверженность к лечению — многогранный процесс, зависящий от многих факторов: пола, возраста, уровня образования, психоэмоционального состояния, социального/семейного статуса пациента, характера заболевания, профессионализма врача, системы организации здравоохранения и др. [1–3].

Пациенты с хорошей приверженностью к терапии госпитализируются на 26% реже.

Приверженность к антигипертензивной терапии снижает риск сердечно-сосудистых событий на 20%. В то же время недостаточная приверженность к лечению приводит к увеличению ежегодных затрат системы здравоохранения на лечение этих пациентов на 50% [4].

В настоящее время используются различные методики оценки приверженности к лечению, в частности MMAS-4, MMAS-8, имеющие определенные методологические недостатки и ограничения [2, 5]. В реальной практике, особенно для врача поликлинического звена, необходим доступный, быстрый и интуитивно понятный метод оценки приверженности к лечению. Одним из таких инструментов является отечественный электронный опросник количественной оценки приверженности лечению (КОП-25) [6].

Согласно многим социально-эпидемиологическим исследованиям, около 70% населения

пребывает в состоянии стресса среднего и высокого уровня [7].

Известно, что ПЭС пациента в большей степени определяют две основные нозологические формы — тревога и депрессия [8, 9].

Тревога и депрессивные эпизоды могут встречаться у 40–74% пациентов с любой соматической патологией и могут оказывать негативное влияние, в частности на приверженность к лечению у больных с АГ. Для скрининговой диагностики ПЭС пациента в амбулаторной практике при ограниченном времени приёма используются широко апробированные, валидированные анкеты/опросники — «Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)» [10], оценка тревожности Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина [11, 12].

В связи с вышеизложенным научно-практический интерес представляет исследование влияния ПЭС (тревоги/депрессии) на показатели приверженности к лечению у амбулаторных пациентов с АГ. В отечественной литературе влияние ПЭС на приверженность к лечению с использованием нового опросника КОП-25 у пациентов с АГ изучено недостаточно.

**Цель исследования** — оценить взаимосвязь приверженности к лечению и психоэмоционального состояния у амбулаторных больных с АГ.

## Материалы и методы

В исследование включено 114 амбулаторных пациентов с АГ (78 (68,4%) женщин и 36 (31,6%) мужчин), медиана возраста — 64,00 (57,00–73,00) года. Медиана «стажа» АГ у обследованных больных — 8,00 (5,00–15,00) лет.

Все пациенты при обращении в одну из поликлиник г. Краснодара проходили анкетирование по поводу ПЭС и приверженности к лечению.

С участием интервьюера респонденты заполняли онлайн электронный опросник количественной оценки приверженности лечению (КОП-25), рекомендованный для практических врачей и размещенный на сайте Минздрава России. Анкета состояла из 25 вопросов, для каждого из которых мог быть выбран только 1 из 6 вариантов ответов, с автоматическим расчётом результатов и выдачей заключения в графическом/текстовом формате. КОП-25 позволяет оценить 4 показателя приверженности — к модификации образа жизни (МОЖ), к медицинскому сопровождению (МС), к лекарственной терапии (ЛТ) и общую приверженность лечению (ОПЛ). Приверженность определялась как количественный показатель, выражаемый в условных процентах от «абсолютной приверженности» (принятой за 100%) поэтому наибольшее значение показателя составило 100%. Уровень приверженности лечению оценивался как низкий при показателе до 50% (медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентами выполняться не будут или скорее не будут), средний — 51–75% (медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентами выполняться скорее будут, чем не будут) и высокий — >75% (медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентами выполняться будут или скорее будут) [6].

С целью скрининговой диагностики ПЭС пациента использовались анкета «Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)» [10], методика оценки тревожности Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина (подшкала А) [11, 12].

Каждому утверждению шкалы HADS соответствуют 4 варианта ответа. Пациент выбирает ответ, наиболее соответствующий его состоянию в течение последних 7 дней, затем баллы суммируются отдельно для каждой части (тревоги и депрессии). Сумма баллов от 0 до 7 баллов — норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги/депрессии), сумма баллов от 8 до 10 свидетельствует о наличии субклинически выраженной тревоги/депрессии, сумма баллов >11 — о клинически выраженной тревоге/депрессии.

Методика оценки тревожности Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина (подшкала А) является шкалой самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и применяется в клинике для определения, в частности, выраженности тревожных переживаний. Пациент выбирает 1 из 4 ответов на каждый из 20 вопросов анкеты (подшкала А).

Общий итоговый показатель может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов; чем выше показатель, тем выше уровень ситуационной (реактивной) тревожности (СТ). Сумма баллов до 30 баллов — низкая тревога (тревожность), от 31 до 44 балла — умеренная, сумма >45 — высокая тревожность.

Кроме тестирования, у всех пациентов с АГ оценивали некоторые демографические (уровень образования, трудозанятость, статус курения, употребление алкоголя), клинические (количество госпитализаций за последние 12 месяцев, наличие сахарного диабета (СД), ишемической болезни сердца (ИБС), разных форм фибрилляции предсердий (ФП), хронической сердечной недостаточности (ХСН), перенесённого инсульта/транзиторной ишемической атаки (ТИА), уровень систолического/диастолического артериального давления (САД/ДАД), принимаемые антигипертензивные препараты и их количество), лабораторные (общий анализ крови, общий холестерин, липопротеиды низкой плотности, триглицериды, глюкоза крови, креатинин, расчетная скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕПІ) показатели.

Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.7.0 (разработчик — ООО «Статтех», Россия).

Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Количественные показатели, выборочное распределение которых соответствовало нормальному, описывались с помощью средних арифметических величин (М) и стандартных отклонений (SD). В качестве меры репрезентативности для средних значений указывались границы 95%-ного доверительного интервала (95% ДИ). В случае отсутствия нормального распределения количественные данные описывались с помощью медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q1–Q3). Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей. 95%-ные доверительные интервалы для процентных долей рассчитывались по методу Клоппера-Пирсона. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

## Результаты

Среди обследованных лиц с АГ большая часть имела среднее/средне-специальное образование, не работала. Каждый третий пациент отметил статус курения, каждый пятый — употребление алкоголя. У 70% больных зарегистрировано АД < 140/90 мм рт. ст. Медиана САД — 130 (125,00–140,00) / ДАД — 85,00 (80,00–90,00) мм рт. ст. До четверти больных имело коморбид-

ные состояния: СД, различные формы ИБС, ХСН, ФП, перенесённые инсульт или ТИА (табл. 1).

Показатели приверженности к лечению у пациентов с АГ по результатам опросника КОП-25 соответствовали среднему уровню (значения показателей в пределах 50–75%) (табл. 2).

По результатам тестирования (опроснику КОП-25) определены различные уровни показателей приверженности к лечению (табл. 3).

Как следует из таблицы 3, в каждом показателе приверженности преобладали пациенты со средним уровнем. Наибольшее количество больных с высоким уровнем выявлено в показателе приверженности к ЛТ (40,4%), а также в показателе приверженности к МС (38,6%). Количество пациентов с низким и высоким уровнем приверженности к МОЖ было почти равным. Результаты исследования ПЭС пациентов с АГ представлены в табл. 4.

Таблица / Table 1

### Клинико-демографическая характеристика больных *Clinical and demographic characteristics of patients*

Показатели	Категории	Абс.	%	95% ДИ
Уровень образования	Среднее/средне-специальное	76	66,7	57,2 – 75,2
	Высшее	38	33,3	24,8 – 42,8
Трудовой статус	Не работает	73	64,0	54,5 – 72,8
	Работает	41	36,0	27,2 – 45,5
Статус курения	Не курит	78	68,4	59,1 – 76,8
	Курит	36	31,6	23,2 – 40,9
Употребление алкоголя	Не употребляет	90	78,9	70,3 – 86,0
	Употребляет	24	21,1	14,0 – 29,7
САД на приёме	Достигнуто целевое САД	80	70,2	60,9 – 78,4
	Не достигнуто	34	29,8	21,6 – 39,1
ДАД на приёме	Достигнуто целевое ДАД	80	70,2	60,9 – 78,4
	Не достигнуто	34	29,8	21,6 – 39,1
Сахарный диабет	Отсутствие	87	76,3	67,4 – 83,8
	Наличие	27	23,7	16,2 – 32,6
ИБС/Инфаркт миокарда/Стенокардия	Отсутствие	97	85,1	77,2 – 91,1
	Наличие	17	14,9	8,9 – 22,8
Фибрилляция предсердий	Отсутствие	107	93,9	87,8 – 97,5
	Наличие	7	6,1	2,5 – 12,2
Инсульт/ТИА в анамнезе	Отсутствие	109	95,6	90,1 – 98,6
	Наличие	5	4,4	1,4 – 9,9

**Примечание:** САД – систолическое артериальное давление, ДАД – диастолическое артериальное давление, ИБС – ишемическая болезнь сердца, ТИА – транзиторная ишемическая атака

**Note:** SBP – systolic blood pressure, DBP – diastolic blood pressure, CAD – coronary artery disease, TIA – transient ischemic attack

Таблица / Table 2

### Показатели приверженности к лечению у обследованных больных с АГ *Indicators of adherence to treatment in examined patients with AH*

Показатели	М ± SD/Me, %	95% ДИ / Q <sub>1</sub> – Q <sub>3</sub>	n	min	max
Приверженность к МОЖ, М ± SD	64,06 ± 17,36	60,84 – 67,28	114	21,00	100,00
Приверженность к МС, Me	73,00	63,25 – 80,00	114	23,00	95,00
Приверженность к ЛТ, М ± SD	69,53 ± 16,12	66,54 – 72,52	114	33,00	100,00
ОПЛ, М ± SD	68,55 ± 15,86	65,61 – 71,50	114	26,00	97,00

**Примечание:** модификация образа жизни (МОЖ), медицинское сопровождение (МС), лекарственная терапия (ЛТ) и общая приверженность лечению (ОПЛ).

**Note:** lifestyle modification (LM), medical supervision (MS), pharmacotherapy (PT), and overall treatment adherence (OTA).

Таблица / Table 3

**Показатели приверженности к лечению и распределение их в зависимости от уровня (низкий/средний/высокий) у обследованных больных с АГ**  
**Indicators of adherence to treatment and their distribution by level (lower/middle/high) in examined patients with AH**

Показатели	Категории	Абс.	%	95% ДИ
Приверженность к МОЖ	Низкая	25	21,9	14,7 – 30,6
	Средняя	63	55,3	45,7 – 64,6
	Высокая	26	22,8	15,5 – 31,6
Приверженность к МС	Низкая	10	8,8	4,3 – 15,5
	Средняя	60	52,6	43,1 – 62,1
	Высокая	44	38,6	29,6 – 48,2
Приверженность к ЛТ	Низкая	15	13,2	7,6 – 20,8
	Средняя	53	46,5	37,1 – 56,1
	Высокая	46	40,4	31,3 – 49,9
ОПЛ	Низкая	15	13,2	7,6 – 20,8
	Средняя	58	50,9	41,3 – 60,4
	Высокая	41	36,0	27,2 – 45,5

**Примечание:** модификация образа жизни (МОЖ), медицинское сопровождение (МС), лекарственная терапия (ЛТ) и общая приверженность лечению (ОПЛ).

**Note:** lifestyle modification (LM), medical supervision (MS), pharmacotherapy (PT), and overall treatment adherence (OTA).

Таблица / Table 4

**Показатели ПЭС у обследованных больных с АГ**  
**Indicators of psychoemotional status in examined patients with AH**

Показатели	Категории	Абс.	%	95% ДИ
Шкала HADS Тревога	Отсутствие тревоги	99	86,8	79,2 – 92,4
	Субклиническая	10	8,8	4,3 – 15,5
	Клиническая	5	4,4	1,4 – 9,9
Шкала HADS Депрессия	Отсутствие депрессии	81	71,1	61,8 – 79,2
	Субклиническая	22	19,3	12,5 – 27,7
	Клиническая	11	9,6	4,9 – 16,6
Реактивная (ситуационная) тревога подшкала А Спилбергера-Ханина	Низкая	42	36,8	28,0 – 46,4
	Умеренная	55	48,2	38,8 – 57,8
	Высокая	17	14,9	8,9 – 22,8

Как следует из таблицы 4, у подавляющего большинства пациентов отсутствовали признаки тревоги (у 86,8%) и депрессии (у 71,1%). Проявления субклинической и клинической депрессии по шкале HADS встречались чаще, чем признаки тревоги (28,9% пациентов). Умеренная реактивная (ситуационная) тревожность выявлена почти у половины больных, а ее высокий уровень у 14,9%.

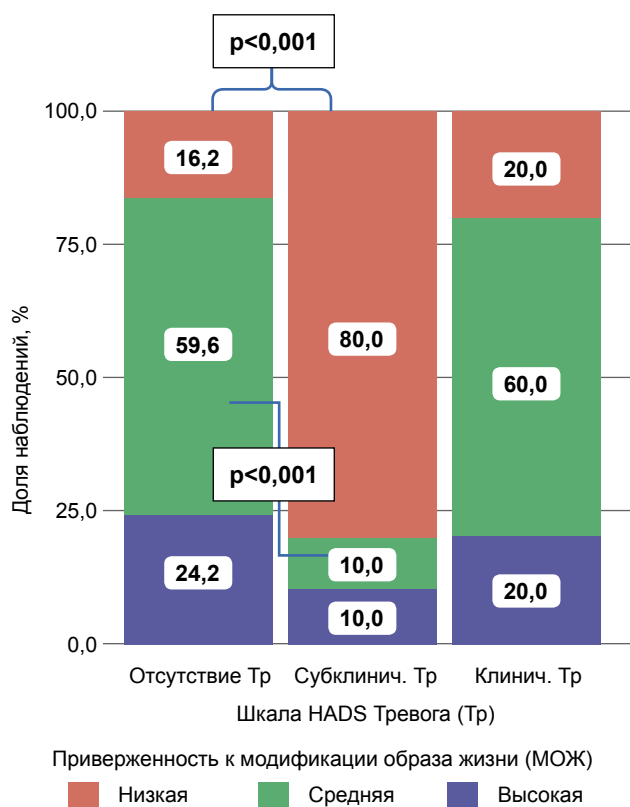
**Зависимость приверженности к лечению от уровня тревоги**

При анализе приверженности к МОЖ и МС в зависимости от уровня тревоги по шкале HADS

были выявлены статистически значимые различия (рис. 1, 2).

Как видно из рисунка 1, среди пациентов с отсутствием тревоги (n=99, табл. 4) реже всего регистрировался низкий уровень приверженности (16 (16,2%) пациентов). В группе больных с субклинической тревогой (n=10, табл.4) таких пациентов было подавляющее большинство — 8(80%). Средний уровень приверженности к МОЖ у больных с субклинической тревогой встречался почти в 6 раз реже, чем у пациентов с отсутствием тревоги.

Как следует из рисунка 2, в группе пациентов с отсутствием тревоги (n=99, табл. 4) низкий и высокий уровень приверженности к МС выявлен

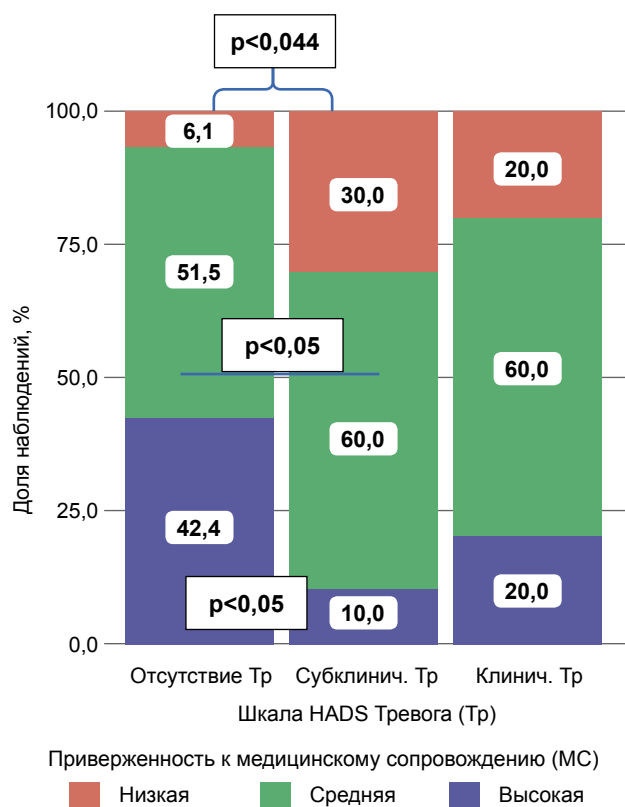


**Рисунок 1.** Зависимость приверженности к МОЖ от уровня тревоги по шкале HADS.

**Примечание:** Тр – уровень тревоги

**Figure 1.** Dependence of adherence to LSM on Anxiety level according to HADS scale.

**Note:** Тр – anxiety level



**Рисунок 2.** Зависимость приверженности к МС от уровня тревоги по шкале HADS.

**Примечание:** Тр – уровень тревоги

**Figure 2.** Dependence of adherence to MS on anxiety level according to HADS scale.

**Note:** Тр – anxiety level

у 6 (6,1%) и 42 (42,4%) пациентов в отличие от больных с субклинической тревогой — у 3 (30%) и 1 (10%) больных соответственно ( $p < 0,05$ ).

У больных с клинически выраженной тревогой приверженность к МОЖ и МС не отличалась

от группы пациентов с отсутствием тревоги ( $p > 0,05$ ), что, видимо, обусловлено малым количеством больных ( $n=5$ , табл. 4).

При оценке приверженности к ЛТ и ОПЛ в зависимости от шкалы HADS Тревоги не удалось

Таблица / Table 5

**Результаты корреляционного анализа взаимосвязи тревоги (шкала HADS) и приверженности к МОЖ, МС, ЛТ и ОПЛ**

**Results of correlation analysis of the relationship of anxiety (HADS scale) and adherence to LSM, MS, DT and TAT**

Показатель	Характеристика корреляционной связи		
	ρ	Теснота связи по шкале Чеддока	p
Шкала HADS Тревога – Приверженность к модификации образа жизни	-0,345	Умеренная	<0,001*
Шкала HADS Тревога – Приверженность к медицинскому сопровождению	-0,288	Слабая	0,002*
Шкала HADS Тревога – Приверженность к лекарственной терапии	-0,197	Слабая	0,036*
Шкала HADS Тревога – Общая приверженность к лечению	-0,213	Слабая	0,023*

**Примечание:** здесь и далее \* — различия показателей статистически значимы ( $p < 0,05$ ).

**Note:** hereafter \* — differences in indicators are statistically significant ( $p < 0.05$ ).

Таблица / Table 6

**Зависимость приверженности к МОЖ, МС, ЛТ и ОПЛ от наличия/отсутствия депрессии (шкала HADS)**  
**Dependence of adherence to LSM, MS, DT, and TAT on the presence/absence of depression (HADS scale)**

Показатель	Категории	Шкала HADS Депрессия (Дп)			p
		Отсутствие депрессии n(%)	Субклиническая n(%)	Клиническая n(%)	
Приверженность к МОЖ	Низкая	15 (18,5)	7 (31,8)	3 (27,3)	0,442
	Средняя	47 (58,0)	9 (40,9)	7 (63,6)	
	Высокая	19 (23,5)	6 (27,3)	1 (9,1)	
Приверженность к МС	Низкая	7 (8,6)	3 (13,6)	0 (0,0)	0,249
	Средняя	42 (51,9)	9 (40,9)	9 (81,8)	
	Высокая	32 (39,5)	10 (45,5)	2 (18,2)	
Приверженность к ЛТ	Низкая	11 (13,6)	4 (18,2)	0 (0,0)	0,430
	Средняя	39 (48,1)	10 (45,5)	4 (36,4)	
	Высокая	31 (38,3)	8 (36,4)	7 (63,6)	
ОПЛ	Низкая	11 (13,6)	4 (18,2)	0 (0,0)	0,558
	Средняя	43 (53,1)	9 (40,9)	6 (54,5)	
	Высокая	27 (33,3)	9 (40,9)	5 (45,5)	

**Примечание:** модификация образа жизни (МОЖ), медицинское сопровождение (МС), лекарственная терапия (ЛТ) и общая приверженность лечению (ОПЛ).

**Note:** lifestyle modification (LM), medical supervision (MS), pharmacotherapy (PT), and overall treatment adherence (OTA).

Таблица / Table 7

**Результаты корреляционного анализа взаимосвязи депрессии (шкала HADS) и приверженности к МОЖ, МС, ЛТ и ОПЛ**  
**Results of correlation analysis of the relationship of depression (HADS scale) and adherence to LSM, MS, DT, and TAT**

Показатель	Характеристика корреляционной связи		
	ρ	Теснота связи по шкале Чеддока	p
Шкала HADS Депрессия – Приверженность к МОЖ	-0,161	Слабая	0,086
Шкала HADS Депрессия – Приверженность к МС	-0,089	Нет связи	0,346
Шкала HADS Депрессия – Приверженность к ЛТ	0,073	Нет связи	0,442
Шкала HADS Депрессия – ОПЛ	-0,017	Нет связи	0,859

**Примечание:** модификация образа жизни (МОЖ), медицинское сопровождение (МС), лекарственная терапия (ЛТ) и общая приверженность лечению (ОПЛ).

**Note:** lifestyle modification (LM), medical supervision (MS), pharmacotherapy (PT), and overall treatment adherence (OTA).

выявить статистически значимых различий ( $p > 0,05$ ).

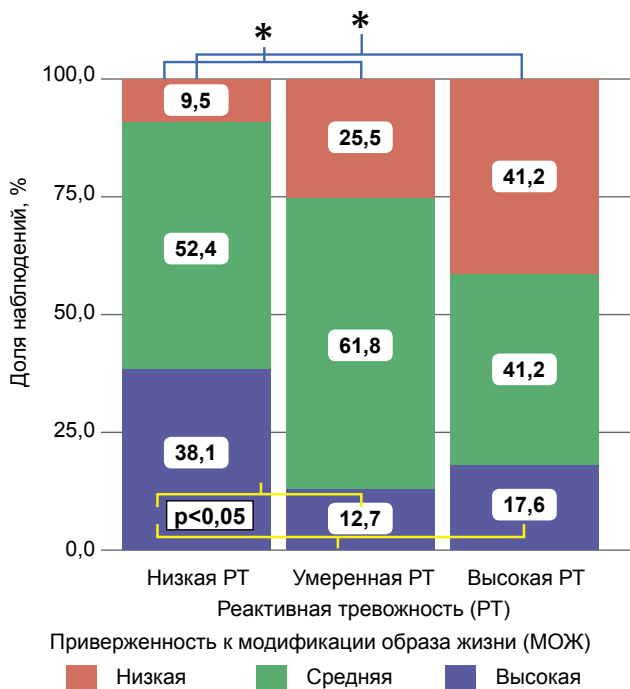
Нами был проведён корреляционный анализ взаимосвязи шкалы HADS Тревога и приверженности к МОЖ, МС, ЛТ и ОПЛ (табл. 5).

Как следует из таблицы, при оценке взаимосвязи приверженности к МОЖ, МС, ЛТ и ОПЛ и тревоги (шкала HADS) была установлена умеренной/слабой тесноты обратная связь ( $p < 0,05$ ).

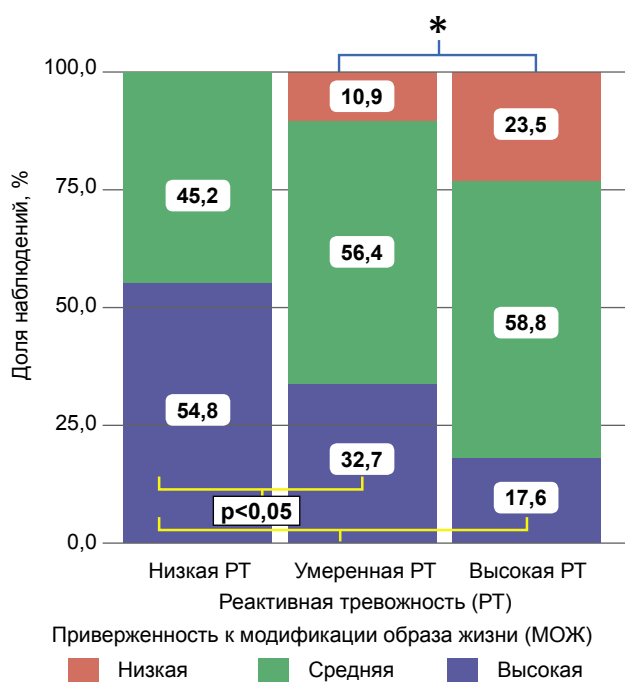
**Зависимость приверженности к лечению от уровня депрессии**

При анализе зависимости приверженности к МОЖ, МС, ЛТ и ОПЛ от наличия/отсутствия депрессии (шкала HADS) у пациентов с АГ нам не удалось выявить статистически значимых различий (табл. 6).

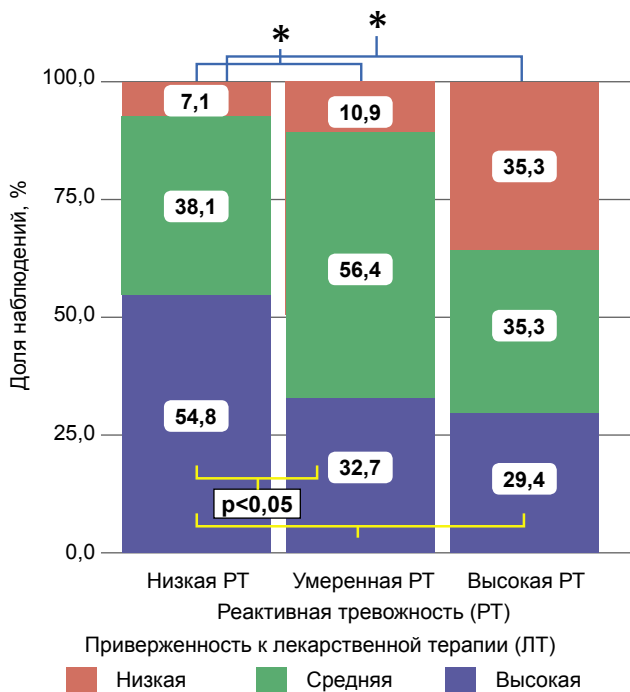
Аналогично, при проведении корреляционного анализа взаимосвязи депрессии и привер-



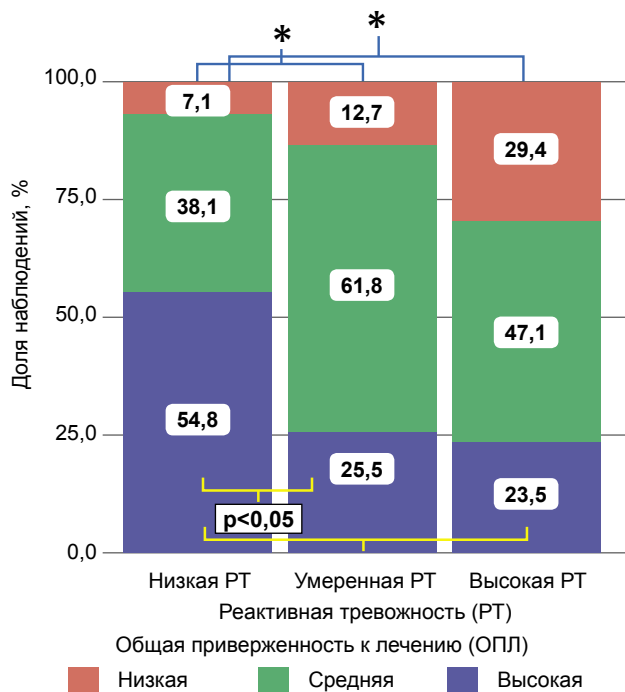
**Рисунок 3.** Зависимость приверженности к МОЖ от уровня реактивной тревожности (РТ) по подшкале А опросника Спилбергера-Ханина. Здесь и далее: \* — различия показателей статистически значимы ( $p < 0,05$ ).  
**Figure 3.** Dependence of adherence to LSM on the level of reactive anxiety (RA) according to subscale A of the Spielberger-Hanin questionnaire. Hereafter \* — differences in indicators are statistically significant ( $p < 0,05$ ).



**Рисунок 4.** Зависимость приверженности к МС от уровня реактивной тревожности (РТ) по подшкале А опросника Спилбергера-Ханина.  
**Figure 4.** Dependence of adherence to MS on the level of reactive anxiety (RA) according to subscale A of the Spielberger-Hanin questionnaire.



**Рисунок 5.** Зависимость приверженности к ЛТ от уровня реактивной тревожности (РТ) по подшкале А опросника Спилбергера-Ханина.  
**Figure 5.** Dependence of adherence to DT on the level of reactive anxiety (RA) according to subscale A of the Spielberger-Hanin questionnaire.



**Рисунок 6.** Зависимость приверженности к ОПЛ от уровня реактивной тревожности (РТ) по подшкале А опросника Спилбергера-Ханина.  
**Figure 6.** Dependence of adherence to TAT on the level of reactive anxiety (RA) according to subscale A of the Spielberger-Hanin questionnaire.

женности к МОЖ, МС, ЛТ, ОПЛ связей не выявлено (табл. 7).

### Зависимость приверженности к лечению от уровня реактивной (ситуационной) тревожности

Наличие реактивной (ситуационной) тревожности у пациента может сказываться на его приверженности к лечению АГ (рис. 3–6).

Как видно на рисунках 3–6, при увеличении уровня реактивной тревожности (низкая–умеренная–высокая) статистически значимо увеличивалось количество пациентов с низким уровнем приверженности и снижалось количество больных с высоким уровнем приверженности к МОЖ, МС, ЛТ и ОПЛ. У более половины пациентов с низкой РТ встречался высокий уровень приверженности к МС, ЛТ, ОПЛ.

При проведении корреляционного анализа выявлена умеренная взаимосвязь между количеством баллов по подшкале А Спилбергера-Ханина (реактивная тревожность) и приверженностью к МОЖ, ОПЛ и слабая обратная связь с приверженностью к МС и ЛТ (табл. 8).

Таким образом, увеличение количества баллов (увеличение реактивной тревожности) по подшкале А Спилбергера-Ханина сопровождалось статистически значимым снижением приверженности к МОЖ, МС, ЛТ и ОПЛ.

### Обсуждение

Портрет амбулаторного пациента с АГ в нашем исследовании был сравним по клинико-демографическим показателям пациентов в других исследованиях. Так, среди пациентов одной из поликлиник г. Алушты (Республика Крым), наблюдавшихся по поводу АГ большинство со-

ставили женщины (66,2% против 68,4% в нашей работе): статус курения — у 35,4% против 31,6%, наличие фибрилляции предсердий — у 6,2% против 6,1%, сахарный диабет — 29,2% против 23,7% соответственно. Однако в нашем исследовании реже встречались пациенты с высшим образованием — 33,3% против 47,7% с перенесённым инсультом/ТИА — 4,4% против 12,3%, наличием ИБС — 12,9% против 52,3%, при сопоставимых показателях среднего возраста и «стажа» АГ — 64,00 (57,00–73,00) года против 57,2±10,7 лет и 8,00 (5,00–15,00) лет против 6,23±3,87 лет, соответственно [13].

В настоящее время предложено достаточно много различных методик оценки приверженности к лечению [2, 5]. В нашем исследовании мы использовали относительно новый опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25), преимуществами которого являются комплексная оценка различных аспектов приверженности к лечению (изменение образа жизни, отношение к медицинскому сопровождению, соблюдение режима приёма лекарственных препаратов). В литературе мы встретили единичные работы с использованием КОП-25 для оценки приверженности к лечению у больных с АГ [14, 15].

В среднем по группе все показатели приверженности к лечению (МОЖ, МС, ЛТ, ОПЛ) находились в диапазоне 50–75%. Мы также проанализировали распределение уровней приверженности (низкий, средний, высокий) внутри каждого показателя приверженности лечению (МОЖ, МС, ЛТ, ОПЛ).

Среди всех показателей приверженности (МОЖ, МС, ЛТ, ОПЛ) больше всего больных с низким уровнем (21,9%) и наименьшее количество больных с высоким уровнем (22,8%) выявлено в приверженности к МОЖ. В исследовании Буновой С.С. и соавт. [15] отмечена такая же тенденция

Таблица / Table 8

### Результаты корреляционного анализа взаимосвязи баллов по шкале Спилбергера-Ханина и приверженности к МОЖ, МС, ЛТ и ОПЛ

*Results of correlation analysis of the relationship of Spielberger-Hanin scores and adherence to LSM, MS, DT, and TAT*

Показатель	Характеристика корреляционной связи		
	ρ	Теснота связи по шкале Чеддока	р
Баллы по шкале Спилбергера/Ханина – Приверженность к МОЖ	-0,304	Умеренная	<0,001*
Баллы по шкале Спилбергера/Ханина – Приверженность к МС	-0,261	Слабая	0,005*
Баллы по шкале Спилбергера/Ханина – Приверженность к ЛТ	-0,246	Слабая	0,008*
Баллы по шкале Спилбергера/Ханина – ОПЛ	-0,306	Умеренная	<0,001*

**Примечание:** модификация образа жизни (МОЖ), медицинское сопровождение (МС), лекарственная терапия (ЛТ) и общая приверженность лечению (ОПЛ).

**Note:** lifestyle modification (LM), medical supervision (MS), pharmacotherapy (PT), and overall treatment adherence (OTA).

в приверженности к МОЖ: больше всего больных с низким уровнем (33,3%) и меньше всего — с высоким уровнем (18,5%). Это свидетельствует о традиционном недоверии пациентов к немедикаментозной терапии (соблюдение диеты, режима дня, физические упражнения, отказ от вредных привычек и т.п.) как эффективному компоненту любой терапии. Все пациенты, как правило, уповают только на лекарственную терапию. Кроме того, при сравнении результатов нашего исследования и результатами Буновой С.С. и соавт. выявлено сравнимое количество пациентов с высокой приверженностью к ЛТ (40,4% против 33,3%) и МС (38,6% против 39,3%) и меньше всего — пациентов с низким уровнем приверженности — 13,2% против 28,6% и 8,8% против 20,8% соответственно. Последнее говорит о том, что такие пациенты нерегулярно принимают препараты и не всегда проходят клиничко-лабораторные обследования, не обращаются к врачу при ухудшении состояния. В других исследованиях, показано, что по мере увеличения продолжительности, степени АГ и появлению осложнений (ИБС, инсульт, когнитивные нарушения и др.) количество пациентов с низкой приверженностью возрастает в более чем в два раза (с 12 до 26% соответственно), а с высокой приверженностью снижается с 37 до 21%. В нашей работе прослеживается похожая картина: количество пациентов с низкой уровнем приверженности к МОЖ, МС, ЛТ, ОПЛ колебалось в пределах 8,8–21,9% [15].

Общеизвестна взаимосвязь приверженности к лечению и ПЭС. Так, в работе Федоришиной О.В. и соавт. [16] при оценке ПЭС по шкале HADS выявлена тревожно-депрессивная симптоматика у 45,6% больных с АГ, в том числе субклиническая тревога — у 26,6%, клинически выраженная тревога — у 10,1%. В нашем исследовании количество пациентов с субклинической и клинически выраженной тревогой было заметно меньше (у 8,8% и 4,4% соответственно).

Нам удалось выявить влияние тревоги на приверженность к МОЖ и МС. У пациентов с отсутствием тревоги реже всего встречалась низкая приверженность к МОЖ и МС (у 16,2% и 6,1% пациентов соответственно). Высокий уровень приверженности к МОЖ и МС имело 24,2% и 42,4% больных соответственно. При возникновении субклинической тревоги количество пациентов с низким уровнем приверженности к МОЖ и МС увеличивалось в 5 раз, а количество больных с высоким уровнем приверженности к МОЖ, МС уменьшалось в 2,4 и 4 раза соответственно, по сравнению с пациентами с отсутствием тревоги. Очевидно, отсутствие тревоги у пациента сопровождается улучшением настроения, появлением мотивации к соблюдению ЗОЖ и следованию рекомендациям по лечению.

Появление у пациентов клинически выраженной тревоги статистически значимо не повлияло на их приверженность к МОЖ, МС, ЛТ, ОПЛ, что, вероятно, связано с небольшим количеством таких больных в нашей работе (n=5).

Корреляционный анализ выявил умеренную обратную связь между наличием тревоги и приверженностью к МОЖ и слабую связь с приверженностью к МС, ЛТ, ОПЛ ( $p < 0,05$ ). Таким образом, с увеличением количества баллов по шкале HADS Тревога приверженность к МОЖ, МС, ЛТ и ОПЛ уменьшалась. При анализе литературы, исследований, посвященных изучению взаимосвязи тревожно-депрессивных нарушений при АГ и приверженности лечению (МОЖ, МС, ЛТ, ОПЛ) с помощью КОП-25 мы не встретили.

Депрессия — более тяжелое состояние, чем тревога, и в 70% случаев депрессии бывают коморбидны. Влияние депрессии на течение и лечение АГ описано во многих работах [7, 17–19].

При анкетировании по шкале HADS выявлено наличие субклинической/клинической депрессии у 28,9% обследованных пациентов. В некоторых исследованиях количество таких пациентов было больше. Так, по данным Крючковой О.Н. и соавт. [17], депрессия диагностирована у 39,5% пациентов с АГ, что позволило достичь целевого уровня АД только у 21% больных. В исследовании, включавшем амбулаторных пациентов с АГ, согласно опроснику Бека, депрессия выявлена у 66,2%, в том числе умеренная — у 30,8%, клинически выраженная — у 6,2% больных [13]. Среди наших пациентов клинически выраженная депрессия встречалась у 9,6% больных обоего пола. В работе Гагулина И.В. и соавт. [18] депрессия встречалась у 29% мужчин и 54,5% женщин, а большая депрессия — у 3,1% и 11,8% пациентов с АГ соответственно.

Согласно дизайну исследования, мы оценивали влияние депрессии на приверженность к лечению. Работ, посвященных этой проблеме с использованием опросника КОП-25 мы не встретили.

Несмотря на достаточно высокий процент диагностики у наших пациентов субклинической/клинической депрессии (28,9%), нам не удалось выявить статистически значимой корреляционной связи с показателями приверженности к лечению (МОЖ, МС, ЛТ, ОПЛ), что возможно, связано с неоткровенными ответами на вопросы анкеты и гипердиагностикой депрессии по шкале HADS, как отмечается в исследованиях других авторов [9, 8].

При оценке реактивной (ситуационной) тревожности по методу Спилбергера-Ханина (подшкала А) она была низкой у трети больных, остальные имели её умеренный/высокий уровни. Полученные нами данные совпадают с ре-

зультатами других исследований. По данным С.К. Межмидиновой и соавт. [13], среди больных с АГ по результатам опросника Спилбергера низкий, умеренный, высокий уровни РТ выявлены у 41,5%, 46,2%, 12,3% пациентов против 36,8%, 48,2%, 14,9% пациентов в нашей работе соответственно.

В нашем исследовании выявлено влияние РТ на все показатели приверженности к лечению. При низком уровне РТ не выявлены пациенты с низкой приверженностью к МС, а количество пациентов с низким уровнем приверженности к МОЖ, ЛТ, ОПЛ было в пределах 7,1–9,5%. Появление умеренной/высокой РТ сопровождалось увеличением количества пациентов с низкой приверженностью к МОЖ в 2,7/4,3 раза, к ЛТ — в 1,5/5 раз, к ОПЛ — 1,8/4 раза соответственно, и сокращением количества больных с высокой приверженностью к МОЖ в 3/2,2 раза, к МС — в 1,8/3 раза, к ЛТ — 1,7/1,9 раза, к ОПЛ — 2,1/2,3 раза соответственно.

Корреляционный анализ подтвердил умеренную/слабую обратную связь РТ с приверженностью к МОЖ, ОПЛ / МС, ЛТ соответственно.

Реактивная (ситуационная) тревожность — преходящее состояние, она свидетельствует о пребывании пациента в стрессовой ситуации в данный момент, что может быть обусловлено временным ухудшением состояния, посещением поликлиники, семейными обстоятельствами и др. Никто из обследованных пациентов не наблюдался у психиатра и не имел на момент исследования установленного психиатрического диагноза.

## Заключение

По результатам нашего исследования, большинство амбулаторных пациентов с АГ имело средний уровень приверженности к МОЖ, МС, ЛТ, ОПЛ (в диапазоне 50–75%). Чаще встречалась низкая приверженность к МОЖ и высокая приверженность к ЛТ. Субклиническая/клиническая тревога и депрессия отмечена у 13,2% и 28,9% амбулаторных пациентов с АГ соответственно. Отсутствие тревоги у пациентов с АГ статистически значимо ассоциировалось с повышением приверженности к МОЖ и МС, но не было связано с приверженностью к ЛТ и ОПЛ. Нам не удалось выявить статистически значимой корреляционной связи субклинической/клинической депрессии с показателями приверженности к лечению (МОЖ, МС, ЛТ, ОПЛ) у пациентов с АГ, что могло быть связано с неоткровенными ответами на вопросы анкеты и гипердиагностикой депрессии по шкале HADS. Почти 2/3 амбулаторных больных с АГ имело умеренную и высокую ситуационную (реактивную) тревожность, что сопровождалось у них снижением всех видов приверженности к лечению в отличие от пациентов с низким уровнем реактивной тревожности. Электронный опросник КОП-25 является современным удобным инструментом оценки приверженности пациентов лечению при любой патологии.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Ротарь О.П., Толкунова К.М., Солнцев В.Н., Ерина А.М., Бояринова М.А., Алиева А.С., и др. Приверженность к лечению и контроль артериальной гипертензии в рамках российской акции скрининга МММ19. *Российский кардиологический журнал*. 2020;25(3):3745. Rotar O.P., Tolkunova K.M., Solntsev V.N., Erina A.M., Boyarinova M.A., Alieva A.S., et al. May Measurement Month 2019: adherence to treatment and hypertension control in Russia. *Russian Journal of Cardiology*. 2020;25(3):3745. (In Russ.) doi: 10.15829/1560-4071-2020-3-3745
2. World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization; 2003.
3. Кретов Е.И., Таркова А.Р., Анисимова В.Д., Козырь К.В., Гражданкин И.О., Байструков В.И., и др. Проблема приверженности к терапии в кардиологии. *Кардиология*. 2018;58(9):89-95. Kretov E.I., Tarkova A.R., Anisimova V.D., Kozyr K.V., Grazhdankin I.O., Bajstrukov V.I., et al. The Problem of Adherence to Therapy in Cardiology. *Kardiologija*. 2018;58(9):89-95. (In Russ.) doi: 10.18087/cardio.2018.9.10174
4. Religioni U, Barrios-Rodríguez R, Requena P, Borowska M, Ostrowski J. Enhancing Therapy Adherence: Impact on Clinical Outcomes, Healthcare Costs, and Patient Quality of Life. *Medicina (Kaunas)*. 2025;61(1):153. doi: 10.3390/medicina61010153
5. Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Опросники и шкалы для оценки приверженности к лечению — преимущества и недостатки диагностического метода в научных исследованиях и реальной клинической практике. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2020;19(3):2562. Lukina Yu.V., Kutishenko N.P., Martsevich S.Yu., Drapkina O.M. Questionnaires and scores for assessing medication adherence — advantages and disadvantages of the diagnostic method in research and actual clinical practice. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2020;19(3):2562. (In Russ.) doi: 10.15829/1728-8800-2020-2562
6. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25). *Клиническая фармакология и терапия*. 2018;27(1):74-78. Nikolayev N.A., Skirdenko Yu.P. Russian generic questionnaire for evaluation of compliance to drug therapy. *Clin. Pharmacol. Ther.* 2018;27(1):74-78 (in Russ.). eLIBRARY ID: 32768906 EDN: YVJSKV

7. Судаков К.В. *Эмоциональный стресс и артериальная гипертензия*. М.: ВНИИМИ. 1976.  
Sudakov K.V. *Emotional stress and arterial hypertension*. Moscow:VNIIMI;1976. (In Russ.)
8. Морозова М.А., Потанин С.С., Бениашвили А.Г., Бурминский Д.С., Лепилкина Т.А., Рупчев Г.Е., и др. Валидация русскоязычной версии Госпитальной шкалы тревоги и депрессии в общей популяции. *Профилактическая медицина*. 2023;26(4):7-14. Morozova MA, Potanin SS, Beniashvili AG, Burminsky DS, Lepilkina TA, Rupchev GE, et al. Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale Russian-language version in the general population. *Russian Journal of Preventive Medicine*. 2023;26(4):7-14. (In Russ.)  
<https://doi.org/10.17116/profmed2023260417>
9. Кукшина А.А., Котельникова А.В., Рассулова М.А., Дайлидович В.С. Исследование психометрических свойств «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS), рекомендованной для врачей общесоматической практики, на выборке пациентов с нарушением двигательных функций. *Клиническая и специальная психология*. 2023;12(2):1-24. Kukshina A.A., Kotelnikova A.V., Rassulova M.A., Dajlidovich V.S. Investigation of the Psychometric Properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Recommended for General Medical Practitioners, on a Sample of Patients with Impaired Motor Functions. *Clinical Psychology and Special Education*. 2023;12(2):1-24. (In Russ.)  
doi: 10.17759/cpse.2023120201
10. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-370.  
doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
11. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, C.A.: Consulting Psychologists Press; 1970.
12. Ханин Ю.Л. *Адаптация методики Ю.Л. Ханина. Краткое руководство к шкале реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера*. Ленинград; 1976.  
Khanin Y.L. *Adaptation of the method of Y.L.Khanin. A brief guide to the C.D. Spielberger Reactive and Personal Anxiety Scale*. Leningrad; 1976. (In Russ.)
13. Межмидинова С.К., Захаров В.В., Вахнина Н/В. Тревожно-депрессивные и мотивационные расстройства при артериальной гипертензии. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(2):40-46.  
Mezhmidinova S.K., Zakharov V.V., Vakhnina N/V. Depression, anxiety and motivation in arterial hypertension. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021;13(2):40-46. (In Russ.)  
doi: 10.14412/2074-2711-2021-2-40-46
14. Танашиян М.М., Антонова К.В., Лагода О.В., Корнилова А.А., Щукина Е.П. Приверженность лечению у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями как мультифакторальная проблема. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(1):18-27.  
Tanashyan M.M., Antonova K.V., Lagoda O.V., Kornilova A.A., Shchukina E.P. Adherence to treatment in patients with cerebrovascular disease as a multifactorial problem. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(1):18-27. (In Russ.)  
doi: 10.14412/2074-2711-2023-1-18-27
15. Бунова С.С., Жернакова Н.И., Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Приверженность лекарственной терапии, модификации образа жизни и медицинскому сопровождению больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2020;19(6):2665.  
Bunova S.S., Zhernakova N.I., Skirdenko Yu.P., Nikolaev N.A. Adherence to therapy, lifestyle modification and medical support of cardiovascular patients. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2020;19(6):2665. (In Russ.)  
doi: 10.15829/1728-8800-2020-2665
16. Федоришина О.В., Протасов К.В., Куклин С.Г. Тревога, депрессия и качество жизни у больных артериальной гипертензией трудоспособного возраста. *Сибирский медицинский журнал*. 2013;(6):58-61.  
Fedorishina OV, Protasov KV, Kuklin SG. Anxiety, depression and quality of life in hypertensive patients of working age. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal*. 2013;(6): 58-61 (In Russ.)  
eLIBRARY ID: 20607488 EDN: RIYUMX
17. Крючкова О.Н., Ицкова Е.А., Лутай Ю.А., Турна Э.Ю., Жукова Н.В., Костюкова Е.А. Депрессия как возможный фактор неэффективности контроля артериальной гипертензии у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию. *Южно-Российский журнал терапевтической практики*. 2021;2(3):72-77.  
Kryuchkova O.N., Itskova E.A., Lutai Y.A., Turna E.U., Zhukova N.V., Kostyukova E.A. Depression as a potential factor for the ineffectiveness of hypertension control in post-COVID-19 patients. *South Russian Journal of Therapeutic Practice*. 2021;2(3):72-77. (In Russ.)  
doi: 10.21886/2712-8156-2021-2-3-72-77
18. Гагулин И.В., Гафаров В.В., Громова Е.А., Панов Д.О., Гафарова А.В. Гендерные 25–64 лет. *Атеросклероз*. 2023;19(3):192-194.  
Gagulin I.V., Gafarov V.V., Gromova E.A., Panov D.O., Gafarova A.V. Gendernye osobennosti riska razvitiya arterial'noi gipertenzii u naseleniya s depressiei sredi lits 25–64 let. *Atherosclerosis*. 2023;19(3):192-194. (In Russ.)  
doi: 10.52727/2078-256X-2023-19-3-192-194
19. Li Z, Li Y, Chen L, Chen P, Hu Y. Prevalence of Depression in Patients With Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2015;94(31):e1317. Erratum in: *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(22):e11059.  
doi: 10.1097/MD.0000000000001317.

#### Информация об авторах

**Кудряшов Евгений Анатольевич**, к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия, ORCID 0000-0002-8050-0691, kudrashov@mail.ru.

**Казимова Анастасия Максимовна**, студентка 6 курса ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия, kazimova\_2002@bk.ru.

**Нетребина Анна Денисовна**, студентка 6 курса ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия, netrebina01@bk.ru.

**Бочтарева Татьяна Руслановна**, студентка 6 курса ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия, 1558901@inbox.ru.

#### Information about the authors

**Evgeny A. Kudryashov**, Cand. Sci. (Med.), the associate professor of Department of Hospital Therapy, Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia, ORCID 0000-0002-8050-0691, kudrashov@mail.ru.

**Anastasia M. Kazimova**, 6th year student of the Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia, kazimova\_2002@bk.ru.

**Anna D. Netrebina**, 6th year student of the Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia, netrebina01@bk.ru.

**Tatyana R. Bochtareva**, 6th year student of the Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia, 1558901@inbox.ru.

**Vitaly V. Skibitsky**, Dr. Sci. (Med.), professor, Head of department of Hospital Therapy, Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia, ORCID 0000-0002-7750-7358, vvsdoctor@mail.ru.

**Скибицкий Виталий Викентьевич**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия, ORCID 0000-0002-7750-7358, vvsdoctor@mail.ru.

**Кудряшов Николай Евгеньевич**, студент 3 курса ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия, nkkudruashov@gmail.com.

**Nikolay E. Kudryashov**, 3th year student of the Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia, nkkudruashov@gmail.com.

Получено / Received: 01.11.2025

Принято к печати / Accepted: 14.11.2025