



Социальные и психологические факторы риска снижения приверженности терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий

Д.В. Трошина^{✉1}, Д.А. Андреев¹, А.В. Фомичева¹, А.Н. Воловченко¹, Б.А. Волець^{1,2}

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

²ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Аннотация

Неприверженность терапии снижает эффективность терапии фибрилляции предсердий и повышает риск развития тромбоземболических осложнений. Среди факторов, соучаствующих в ухудшении приверженности терапии, социальные и психологические характеристики пациентов по-прежнему остаются недостаточно изученными. В то же время доступные публикации позволяют сделать вывод о наличии маркеров уязвимости в отношении риска снижения приверженности терапии больных с фибрилляцией предсердий, к которым относятся пожилой возраст, когнитивные нарушения, психоэмоциональные расстройства (в том числе депрессия и тревога) и специфические поведенческие паттерны.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, приверженность терапии, социально-демографические факторы, когнитивные нарушения, депрессия, тревога, личность

Для цитирования: Трошина Д.В., Андреев Д.А., Фомичева А.В., Воловченко А.Н., Волець Б.А. Социальные и психологические факторы риска снижения приверженности терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий. Терапевтический архив. 2022;94(10):1197–1203. DOI: 10.26442/00403660.2022.10.201905

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2022 г.

REVIEW

Social and psychological risk factors for decreased adherence among patients with atrial fibrillation

Daria V. Troshina^{✉1}, Denis A. Andreev¹, Anastasia V. Fomicheva¹, Alexey N. Volovchenko¹, Beatrice A. Volel^{1,2}

¹Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia;

²Mental Health Research Center, Moscow, Russia

Abstract

Adherence has a direct impact on reducing the effectiveness of atrial fibrillation therapy and increasing the risk of thromboembolic events. Among the factors involved in the decrease of adherence, the social and psychological characteristics of patients remain insufficiently studied. At the same time, the available publications allow us to conclude that there are markers of the risk of reduced adherence in patients with atrial fibrillation, which include age, cognitive impairment, psychoemotional disorders (including depression and anxiety) and specific behavioral patterns.

Keywords: atrial fibrillation, adherence, socio-demographic factors, cognitive impairment, depression, anxiety, personality

For citation: Troshina DV, Andreev DA, Fomicheva AV, Volovchenko AN, Volel BA. Social and psychological risk factors for decreased adherence among patients with atrial fibrillation. *Terapevticheskii Arkhiv* (Ter. Arkh.). 2022;94(10):1197–1203. DOI: 10.26442/00403660.2022.10.201905

Информация об авторах / Information about the authors

[✉]Трошина Дарья Викторовна – канд. мед. наук, специалист по научно-методической работе Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет).
Тел.: +7(905)790-44-00; e-mail: troshina_d_v@staff.sechenov.ru;
ORCID: 0000-0002-5046-6699

Андреев Денис Анатольевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. кардиологии, функциональной и ультразвуковой диагностики Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, дир. клиники кардиологии УКБ №1 ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет).
ORCID: 0000-0002-0276-7374

Фомичева Анастасия Владимировна – аспирант каф. психиатрии и психосоматики Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет).
ORCID: 0000-0003-3624-0981

Воловченко Алексей Николаевич – канд. мед. наук, зав. кардиологическим отд.-нием клиники кардиологии УКБ №1 ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет).
ORCID: 0000-0002-0923-735X

Волець Беатриса Альбертовна – д-р мед. наук, проф., проф. каф. психиатрии и психосоматики, дир. Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет), ст. науч. сотр. ФГБНУ НЦПЗ. ORCID: 0000-0003-1667-5355

[✉]Daria V. Troshina. E-mail: troshina_d_v@staff.sechenov.ru;
ORCID: 0000-0002-5046-6699

Denis A. Andreev. ORCID: 0000-0002-0276-7374

Anastasia V. Fomicheva. ORCID: 0000-0003-3624-0981

Alexey N. Volovchenko. ORCID: 0000-0002-0923-735X

Beatrice A. Volel. ORCID: 0000-0003-1667-5355

Введение

Фибрилляция предсердий (ФП) – самая распространенная аритмия среди взрослого населения, заболеваемость которой в популяции неуклонно растет с каждым годом [1–3]. Являясь одним из наиболее значимых факторов риска тромбоэмболических осложнений, ФП представляет собой серьезную клиническую и социально-экономическую проблему [4, 5].

Согласно современным клиническим рекомендациям для профилактики тромбоэмболических осложнений больным с ФП показана антикоагулянтная терапия (АКТ) [6]. Предложено использовать прямые оральные антикоагулянты в качестве препаратов выбора при наличии показаний к АКТ. Преимущества прямых оральных антикоагулянтов перед антагонистами витамина К заключаются в наличии фиксированных доз, отсутствии необходимости мониторинга свертывающей системы и значимых межлекарственных и пищевых взаимодействий.

Наиболее серьезным барьером для повышения эффективности АКТ является неоптимальная приверженность [2, 7]. Так, по данным исследователей, снижение приверженности АКТ выявляется более чем у 1/2 пациентов с ФП – до 65% [8–10].

Приверженность терапии определяет степень выполнения пациентом рекомендаций врача относительно времени, дозирования и частоты приема лекарственных препаратов¹. Основные группы факторов, снижающих приверженность терапии при хронических заболеваниях, в том числе ФП, разделены на ассоциированные с пациентом: социально-демографические, коморбидная патология, психологические, личностные и поведенческие особенности, и ассоциированные с врачом (системой здравоохранения): экономические (стоимость препаратов), подача и доступность информации о приводимом лечении и пр. [11].

Отдельно стоит такой фактор, влияющий на приверженность, как кратность приема антикоагулянта. Как показали исследования для ингибиторов Ха фактора, двукратный прием апиксабана как минимум не хуже по влиянию на приверженность однократного приема ривароксабана. Так, в небольшом проспективном регистре (F. Al-Khalili и соавт., 2015) 97% пациентов, получавших апиксабан, и 96% – ривароксабан, достигли приверженности лечению более 80%. В нескольких ретроспективных изучениях большего объема продемонстрированы сходные данные. Ретроспективный анализ J. Komen и соавт., 2021, включивший более 0,5 млн пациентов из 5 европейских стран, наблюдаемых в течение 5 лет, показал, что приверженность приему и удержание на терапии апиксабана (двукратный прием) и ривароксабана (однократный прием) были высокими и не отличались между собой, в то же время они были ниже при использовании дабигатрана (двукратный прием). Авторы связывают это с развитием нежелательных явлений на дабигатране. Последний обзор, проведенный в США, продемонстрировал похожие результаты: прекращение приема для апиксабана и ривароксабана было 30,4 и 33,4% соответственно (Ray и соавт., 2021).

В настоящем обзоре мы рассмотрим актуальные результаты исследований, посвященных социальным и психологическим факторам риска снижения приверженности АКТ больных с ФП, необходимых для разработки и совершенствования персонализированных подходов к терапии этой сложной когорты пациентов.

Демографические и социально-экономические факторы

В работах, посвященных изучению факторов, влияющих на ухудшение приверженности терапии у пациентов с хронической соматической патологией, авторы подвергают анализу широкий круг демографических и социально-экономических характеристик, включая пол пациентов, уровень образования и дохода, социальный статус и т.д. Рассмотрим последовательно эти факторы с точки зрения их влияния на приверженность терапии антикоагулянтами у больных с ФП.

Женский пол рассматривается в качестве самостоятельного фактора риска инсульта и системной тромбоэмболии при ФП² [13]. В этой связи представляется особенно важной оценка влияния пола на степень приверженности АКТ ФП. В крупном исследовании, проведенном в рамках пилотной фазы регистра ФП Европейского офиса наблюдательных программ (EURObservational Research Programme – EORP), выявлено достоверное снижение приверженности АКТ у пациентов пожилого возраста (возраст >75 лет; $p=0,0221$) женского пола ($p<0,0001$) [14] (аспекты влияния возраста на приверженность терапии подробно рассмотрены ниже в отдельном разделе). В другой масштабной работе на основе данных национального сердечно-сосудистого регистра США (PINNACLE National Cardiovascular Data Registry) обнаружено, что женщины, страдающие ФП, достоверно реже получают антикоагулянты в сравнении с мужчинами (56,7% против 61,3%; $p<0,001$) независимо от исходных рисков тромбоэмболических осложнений [15]. Сходные данные о достоверной связи женского пола с неоптимальной терапией ФП получены и в более поздних работах [16]. В то же время некоторые исследователи сообщают об отсутствии значимой связи между женским полом и риском снижения приверженности терапии среди пациентов с ФП. Так, в некоторых работах не выявляются гендерные различия в отношении приверженности АКТ ФП [17]. R. Bartolazzi и соавт. обнаружили, что связь между мужским полом и несоблюдением приема антикоагулянтов у пациентов с ФП в 2,54 раза выше, чем у женщин [18]. Подобную неоднородность результатов можно объяснить значительными различиями выборок в обсуждаемых исследованиях по другим социально-демографическим характеристикам (раса, образование, социальный и трудовой статус и пр.).

Значимыми в аспекте влияния на снижение приверженности терапии антикоагулянтами при ФП, по данным исследователей, являются также низкий уровень образования, отсутствие работы и проживание в одиночестве (отсутствие супруга/партнера) [10, 19, 20]. Все эти факторы могут затруднять понимание и восприятие медицинской информации относительно диагноза ФП и проводимой терапии, а также являться препятствием для регулярного приема препаратов. При этом схожие результаты получены и при изучении факторов ухудшения приверженности терапии для других хронических заболеваний [21].

Таким образом, можно говорить о существовании определенных социальных и демографических маркеров

¹В англоязычной литературе используются термины: 1) «adherence» – приверженность назначениям врача медикаментозного препарата, его дозирования и режима приема; 2) «persistence» – постоянство терапии, соблюдение предписаний по приему препарата в течение всего рекомендованного периода времени [11, 12].

²Женский пол является фактором, повышающим риск тромбоэмболических осложнений, согласно шкале CHA2DS2-VASC (оценки риска инсульта и системной тромбоэмболии у пациентов с фибрилляцией предсердий) [13].

повышения риска несоблюдения приема АКТ при ФП, которые необходимо учитывать при оценке рисков проводимой терапии и для повышения ее эффективности.

Пожилой возраст и ассоциированные с ним когнитивные нарушения

Распространенность ФП прогрессивно увеличивается с возрастом: данная аритмия отмечается у 4% лиц в возрасте 60–70 лет, тогда как среди лиц старше 80 лет этот показатель достигает 10–17%, а старше 90 лет – 69,7% [22]. Наряду с ростом заболеваемости с возрастом повышается доля случаев персистирующей и постоянной форм ФП, а также связанных с аритмией тромбоэмболических осложнений [23]. Пожилой возраст ассоциирован с увеличением распространенности сопутствующих ФП заболеваний, таких как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет, каждое из которых ассоциировано с прогрессированием когнитивных нарушений и развитием сосудистой деменции [24].

Известно, что ФП является независимым фактором риска когнитивных нарушений (ухудшение памяти, способности к планированию и организации деятельности и др.), что связывают с такими патогенетическими факторами, как микроэмболия сосудов головного мозга, хроническая церебральная гипоперфузия, капиллярные кровоизлияния в кору головного мозга [25–27].

Приверженность приему АКТ с возрастом снижается, особенно у пациентов с ФП старше 75 лет [28]³. Так, в работе В. Jankowska-Polańska и соавт. выявлена достоверная связь между уровнем приверженности терапии и возрастом пациентов, вошедших в исследуемую выборку. При этом исследуемые с низким уровнем приверженности были значительно старше больных с ФП со средним и высоким уровнями – 76,6±8,7 года против 71,3±6,4 года и 71,1±6,7 года соответственно [8]. Подобные результаты получены и в других исследованиях [17, 29, 30]. При этом отмечено, что помимо возраста независимыми факторами риска ухудшения приверженности терапии выступали и когнитивные нарушения: в группе с низкой приверженностью терапии обнаружено достоверное снижение когнитивных функций в сравнении с группой более высокой приверженности – 22,3±4,2 балла против 27,5±1,7 балла по краткой шкале оценки психического статуса (Mini Mental State Examination – MMSE) соответственно [8]. Сопоставимые результаты продемонстрированы в исследовании Н. Seong и соавт., проведенном на выборке пациентов с ФП старше 65 лет, в которой доля низкой приверженности терапии составила 50,2%. Подтверждено, что когнитивные нарушения являлись значимым фактором риска снижения приверженности АКТ у больных с ФП – доля наблюдений с когнитивной дисфункцией составила 72,5% в группе с низкой приверженностью, среди больных с более высокой приверженностью терапии когнитивные нарушения обнаружены лишь в 27,5% случаев. При этом отсутствие медицинской грамотности и плохая осведомленность об особенностях диагноза ФП и необходимости лечения не обнаружили значимого влияния на приверженность АКТ, что косвенно подтверждает ведущую роль когнитивной дисфункции в несоблюдении предписаний по лечению [10].

Среди нарушений когнитивных функций, напрямую ассоциированных с ухудшением приверженности терапии

при ФП, следует выделить нарушения памяти, приводящие к пропуску приема препаратов либо, напротив, их избыточному приему, а также сложности в понимании инструкций по приему медикаментов, планировании режима приема и его соблюдения [32].

Следует отметить, что дизайн исследований, неоднородность изучаемой выборки, методы оценки когнитивного статуса и приверженности могут оказывать влияние на полученные результаты.

Таким образом, у пожилых пациентов с ФП создается порочный круг, в результате которого на фоне прогрессирования аритмии (от пароксизмальной к постоянной формам) и наличия сопутствующей кардиальной и экстракардиальной патологии неуклонно нарастают когнитивные нарушения, которые, в свою очередь, могут оказывать негативное влияние на приверженность терапии и, следовательно, на эффективность тромбопрофилактики при ФП. Несмотря на сохранение некоторой неопределенности в отношении степени влияния когнитивной дисфункции на приверженность АКТ, представляется несомненной необходимость предупреждения, выявления и коррекции когнитивных нарушений при ФП. В частности, рекомендуется проведение первичной оценки когнитивного статуса пациентов с ФП до начала АКТ и на всем протяжении лечения, в особенности у пациентов старшей возрастной группы.

Психоземotionalные расстройства

Распространенность психоземotionalных расстройств среди пациентов с ФП значительна и по некоторым данным превышает 30% [33]. При этом к наиболее распространенным среди пациентов с ФП относятся депрессивные (до 38%) и тревожные (до 35%) нарушения, а также тяжелые психические расстройства (шизофрения, биполярное аффективное расстройство) – до 15–18% [34–36].

Ассоциация тяжелых психических расстройств, коморбидных ФП, с дезадаптивным характером поведения больных и снижением приверженности терапии не вызывает сомнения [37, 38]. В то же время ответ на вопрос, являются ли наиболее распространенные в этой когорте больных депрессивные и тревожные расстройства факторами риска снижения приверженности терапии, остается не столь однозначным. Обобщенные данные литературы представлены в табл. 1.

Депрессивные расстройства. Депрессия и ассоциированные с ней подавленность, пессимистическая оценка собственного состояния и прогноза аритмии вне зависимости от объективного соматического статуса, снижение мотивации к соблюдению врачебных предписаний могут являться значимыми факторами снижения приверженности терапии у пациентов с ФП. Достаточно давно установлено, что пациенты, страдающие депрессивными расстройствами, чаще выбывают из программ по реабилитации сердечно-сосудистых заболеваний по собственному желанию, не завершая предписанный курс [39]. При ФП доля находящихся на АКТ среди депрессивных пациентов оказывается значимо ниже, эти пациенты склонны позже начинать прием АКТ после назначения лечения [40].

Большая часть работ, посвященных изучению влияния депрессии на приверженность терапии у больных с ФП, демонстрирует наличие такой связи [30, 41]. В то же время отмечено, что редукция депрессивных нарушений у пациентов кардиологического профиля, в том числе с ФП,

³Необходимо отметить, что, по данным ряда исследований, относительно молодой возраст пациентов с ФП (<60 лет) негативно влияет на стойкость приема терапии (persistence) [31].

Таблица 1. Сводные данные исследований влияния депрессии и тревоги на приверженность АКТ у больных с ФП
Table 1. Summary of studies of the effect of depression and anxiety on adherence to anticoagulant therapy in patients with atrial fibrillation

Исследование, год, число пациентов	Инструменты оценки приверженности терапии, депрессии и/или тревоги	Депрессивные расстройства	Тревожные расстройства
[30], 2018, 2 738	Шкала Мориски–Грина (Morisky 8-Item Medication Adherence Questionnaire)	Достоверная связь со снижением приверженности (ОШ 1,94; 95% ДИ 1,47–2,57; $p < 0,001$)	–
[43], 2017, 378	Модифицированная шкала оценки приверженности терапии – Siegal scale; Опросник PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)	Отсутствие достоверной связи депрессии с низкой приверженностью терапии	–
[46], 2018, 99	Шкала Мориски–Грина; Краткий опросник восприятия болезни VIPQ (Brief illness perception questionnaire emotional response score)	–	Достоверная связь реактивных тревожных состояний с ухудшением приверженности терапии (ОШ 1,235, 95% ДИ 1,015–1,527; $p = 0,035$)
[41], 2019, 12 159	Адаптированный опросник приверженности терапии (3 вопроса). Информация о депрессии в анамнезе получена из электронных медицинских карт	Достоверная связь с низкой приверженностью терапии ($p = 0,004$)	–
[44], 2020, 118	Шкала Мориски–Грина (Morisky 8-Item Medication Adherence Questionnaire); Опросник PHQ-8	Отсутствие достоверной связи депрессии с низкой приверженностью терапии	–
[45], 2022, 74 222	Приверженность терапии – Medication possession ratio (MPR). Диагноз устанавливался в соответствии с критериями МКБ-10	Нет достоверной связи с приверженностью терапии	Достоверная связь тревожного расстройства с повышением приверженности терапии (ОШ 1,08, ДИ 0,96–1,21)

Примечание. ОШ – отношение шансов, ДИ – доверительный интервал, МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

коррелирует с повышением приверженности терапии и соблюдением рекомендаций по профилактике осложнений согласно самоопросникам [42].

Однако существует и полярная точка зрения, согласно которой депрессия не является значимым фактором риска низкой приверженности терапии у больных с ФП [43, 44]. Так, результаты работы, в которой авторы оценивали влияние на приверженность АКТ различных психоэмоциональных нарушений (депрессия, биполярное аффективное расстройство, тревожное расстройство и шизофрения), демонстрируют отсутствие достоверной связи между депрессией и ухудшением приверженности терапии [45].

Противоречивость доступных по рассматриваемой проблеме данных, по всей видимости, связана с неоднородностью методов оценки как приверженности, так и собственно депрессивных расстройств, а именно включением в исследование лиц с тяжелой депрессией и субдепрессивными состояниями. Имеют значение и применяемые психодиагностические инструменты.

Тревожные расстройства. Известно, что одним из факторов, влияющих на снижение приверженности, является беспокойство о побочных эффектах проводимой терапии и опасения развития кровотечения. Немаловажно и характерное для тревожных расстройств избегающее поведение [9]. Исходя из этого следует ожидать ухудшения приверженности АКТ при тревожном состоянии, что действительно обнаружено в ряде исследований [46]. В то же время опубликованы данные о значимом положительном влиянии тревожной симптоматики на улучшение приверженности терапии при ФП [45]. Это объясняется тем, что у

ряда пациентов с ФП главным мотивирующим фактором приверженности является снижение риска инсульта. Так, для 47% больных главным аргументом для начала АКТ являлась профилактика инсульта, для 15% – сниженный риск крупных кровотечений, для 8% – режим дозирования, для 7% – доступность антидота, для 6% – необходимость диеты, для 5% – связь приема препарата с пищей [47].

Однако ограниченное число публикаций по обсуждаемой проблеме в сочетании с методологическими особенностями доступных исследований, сопоставимых с отмеченными ранее для депрессивных расстройств, не позволяют сделать однозначный вывод о роли тревожных нарушений в снижении приверженности АКТ при ФП.

Личностные особенности и поведенческие паттерны

Личностные особенности. Несмотря на крайнюю ограниченность числа исследований, направленных непосредственно на верификацию личностного профиля, ответственного за снижение приверженности терапии при ФП, имеющиеся данные позволяют утверждать наличие таких особенностей. При этом наиболее актуальными в отношении влияния на снижение приверженности терапии больных с ФП являются личностные характеристики, определяющие восприятие проявлений ФП, а также обуславливающие отношение к заболеванию.

Среди типов отношения к болезни, ассоциированных с несоблюдением рекомендаций при ФП, выявляются эргопатический (со стремлением компенсировать симптомы заболевания активным образом жизни, деятельностью,

преуменьшением значимости проявлений аритмии) и сенситивный (с высокой чувствительностью в отношении внешних раздражителей, склонностью избегать демонстрации наличия болезни окружающим) типы личностного реагирования [48]. У этой группы пациентов присутствует общий тревожный фон с преобладанием эмоциональной нестабильности, истощаемости и раздражительности. В отдельных работах демонстрируется связь снижения приверженности терапии у больных с ФП с такими личностными чертами, как гнев, тревожность и враждебность [46].

Наиболее неблагоприятным с точки зрения снижения приверженности АКТ является патологическое поведение в болезни (стремление к самолечению, терапия средствами нетрадиционной медицины, а также проявления аутоагрессивного поведения, направленного на субъективное улучшение состояния), характерное для клинически очерченных расстройств личности – шизоидного, шизотипического, обсессивно-компульсивного и др. [49]. Так, пациенты с ФП и коморбидными расстройствами личности склонны не только недооценивать опасность приступов аритмии, но и игнорировать, а в некоторых случаях «преодолевать» неприятные ощущения физической нагрузкой или различными небезопасными приемами (массаж, удары в область сердца и пр.) в сочетании с отказом от рекомендованной врачом терапии в пользу собственных методов лечения.

Поведенческие паттерны. Среди паттернов поведения, оказывающих негативное влияние на приверженность в широком смысле этого термина, традиционно рассматриваются употребление никотина, алкоголя и наркотических веществ, а также низкая физическая активность. Указанные факторы могут как оказывать прямое действие на снижение приверженности терапии у больных с ФП, так и играть опосредованную роль за счет ухудшения соматического состояния, присоединения коморбидных психических нарушений и ухудшения качества сна [41]. Тем не менее в настоящее время только употребление алкоголя рассматривается как фактор низкой приверженности АКТ [45].

Следует отметить, что ФП нередко протекает бессимптомно или малосимптомно, т.е. больные не могут соотнести заключение кардиолога о наличии нарушений ритма сердца с сохранением комфортного самочувствия [41]. Соответственно, некоторая доля лиц с ФП могут не осознавать опасности несоблюдения медицинских рекомендаций, в том числе отказа от приема медикаментозной терапии.

Таким образом, соучастие специфических личностных и поведенческих характеристик в снижении приверженности терапии у больных с ФП требует более системного изучения.

Заключение

Завершая обзор научных публикаций по изучаемой проблеме, необходимо отметить следующее.

Приверженность терапии у больных с ФП является одним из важнейших факторов, влияющих на эффективность лечебного процесса и исхода заболевания. В свою очередь, отсутствие эффективной терапии и профилактики ФП становится причиной возникновения тромбоэмболических осложнений, лежащих в основе ухудшения когнитивного статуса больных, присоединения сопутствующих соматических и психических нарушений. Таким об-

разом, недооценка рисков снижения приверженности АКТ, негативно отражающаяся на эффективности лечения аритмии, формирует порочный круг, в результате которого неуклонно ухудшается как соматический статус больного и прогноз ФП, так и его психоэмоциональное состояние.

Число доступных публикаций, посвященных изучению влияния на приверженность терапии у пациентов с ФП психологических факторов (психических расстройств, личностных и поведенческих паттернов), значительно уступает количеству работ, мишенью которых являются соматические коморбидности и сопряженные с ними факторы (инсульт и другие эмболические события, сахарный диабет и пр.). Данное обстоятельство в сочетании с разрозненностью методологических подходов к оценке тех или иных психоэмоциональных факторов не позволяет сделать окончательные выводы относительно влияния этих параметров на снижение приверженности терапии. Соответственно, вклад социальных и психологических факторов риска в нарушение приверженности терапии антикоагулянтами у больных с ФП требует дальнейшего уточнения.

Тем не менее доступные к настоящему моменту сообщения дают представление о наиболее уязвимых в отношении снижения приверженности АКТ ФП группах пациентов и их социально-психологических характеристиках. Так, представляется необходимой первичная диагностика (с последующим контролем на протяжении приема терапии) пациентов с верифицированным диагнозом ФП (при наличии показаний для назначения антикоагулянтов) в отношении когнитивных нарушений различной тяжести (в особенности пациентов старшей возрастной группы >75 лет), а также психоэмоциональных расстройств депрессивного и тревожного спектра и оценка личностного профиля (выявление тревожности, сенситивности, диагностика расстройств личности) с выявлением дезадаптивных поведенческих паттернов.

Раскрытие интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Список сокращений

АКТ – антикоагулянтная терапия

ФП – фибрилляция предсердий

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Chugh S, Havmoeller R, Narayanan K, et al. Worldwide epidemiology of atrial fibrillation: a Global Burden of Disease 2010 Study. *Circulation*. 2014;129(8):837-47. DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.113.005119
2. Dai H, Zhang Q, Much A, et al. Global, regional, and national prevalence, incidence, mortality, and risk factors for atrial fibrillation, 1990–2017: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes*. 2021;7(6):574-82. DOI:10.1093/ehjqcco/qcaa061
3. Мареев Ю.В., Поляков Д.С., Виноградова Н.Г., и др. ЭПОХА: Эпидемиология фибрилляции предсердий в репрезентативной выборке Европейской части Российской Федерации. *Кардиология*. 2022;62(4):12-9 [Mareev YuV, Polyakov DS, Vinogradova NG, et al. Epidemiology of atrial fibrillation in a representative sample of the European part of the Russian Federation. Analysis of EPOCH-CHF Study. *Kardiologiya*. 2022;62(4):12-9 (in Russian)]. DOI:10.18087/cardio.2022.4.n1997
4. Беленков Ю.Н., Шакарьянц Г.А., Хабарова Н.В., Ан Г.В. Антикоагулянтная терапия у пожилых пациентов с фибрилляцией предсердий. *Кардиология*. 2018;58(10):45-52 [Belenkov YuN, Shakaryants GA, Khabarova NV, An GV. Anticoagulant Therapy in Elderly Patients With Atrial Fibrillation. *Kardiologiya*. 2018;58(10):45-52 (in Russian)]. DOI:10.18087/cardio.2018.10.10177
5. Бокерия Л.А., Полунина А.Г., Лефтерова Н.П., и др. Фибрилляция предсердий, дилатация левых камер сердца: пусковые механизмы развития когнитивных нарушений у кардиологических пациентов. *Креативная кардиология*. 2015;9(1):38-45 [Bockeria LA, Polunina AG, Lefterova NF, et al. Atrium fibrillation and enlargement of left heart chambers: pathological mechanisms of cognitive dysfunction in cardiologic patients. *Creative Cardiology*. 2015;9(1):38-45 (in Russian)]. DOI:10.15275/kreatkard.2015.01.04
6. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Клинические рекомендации, 2017. Режим доступа: <https://racvs.ru/clinic/files/2017/Atrial-Fibrillation.pdf>. Ссылка активна на 26.09.2022 [Diagnostika i lechenie fibrillatsii predserdii. Klinicheskie rekomendatsii, 2017. Available at: <https://racvs.ru/clinic/files/2017/Atrial-Fibrillation.pdf>. Accessed: 26.09.2022 (in Russian)].
7. Salmasi S, Loewen P, Tandun R, et al. Adherence to oral anticoagulants among patients with atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ Open*. 2020;10(4):e034778. DOI:10.1136/bmjopen-2019-034778
8. Jankowska-Polańska B, Lomper K, Alberska L, et al. Cognitive function and adherence to anticoagulation treatment in patients with atrial fibrillation. *J Geriatr Cardiol*. 2016;13(7):559. DOI:10.11909/j.issn.1671-5411.2016.07.006
9. Obamiro K, Chalmers L, Lee K, et al. Adherence to oral anticoagulants in atrial fibrillation: An Australian survey. *Cardiovasc Pharm Ther*. 2018;23:337-43. DOI:10.1177/1074248418770201
10. Seong H, Lee K, Kim B, Son Y. Cognitive impairment is independently associated with non-adherence to antithrombotic therapy in older patients with atrial fibrillation. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(15):2698. DOI:10.3390/ijerph16152698
11. Raparelli V, Proietti M, Cangemi R, et al. Adherence to oral anticoagulant therapy in patients with atrial fibrillation. *Thromb Haemost*. 2017;117(02):209-18. DOI:10.1160/TH16-10-0757
12. Cramer J, Roy A, Burrell A, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health*. 2008;11(1):44-7. DOI:10.1111/j.1524-4733.2007.00213.x
13. Tomasdottir M, Friberg L, Hijazi Z, et al. Risk of ischemic stroke and utility of CHA2DS2-VASc score in women and men with atrial fibrillation. *Clin Cardiol*. 2019;42(10):1003-9. DOI:10.1002/clc.23257
14. Lip G, Laroche C, Popescu M, et al. Improved outcomes with European Society of Cardiology guideline-adherent antithrombotic treatment in high-risk patients with atrial fibrillation: a report from the EORP-AF General Pilot Registry. *EP Europace*. 2015;17(12):1777-86. DOI:10.1093/europace/euv269
15. Thompson L, Maddox T, Lei L, et al. Sex differences in the use of oral anticoagulants for atrial fibrillation: a report from the National Cardiovascular Data Registry (NCDR) PINNACLE Registry. *J Am Heart Assoc*. 2017;6(7):e005801. DOI:10.1161/JAHA.117.005801
16. Eckman M, Wise R, Leonard A, et al. Racial and sex differences in optimizing anticoagulation therapy for patients with atrial fibrillation. *American Heart Journal Plus: Cardiology Research and Practice*. 2022;18:100170. DOI:10.1016/j.ahjo.2022.100170
17. Charlton A, Vidal X, Sabaté M, et al. Factors associated with primary nonadherence to newly initiated direct oral anticoagulants in patients with nonvalvular atrial fibrillation. *J Manag Care Spec Pharm*. 2021;27(9):1210-20. DOI:10.18553/jmcp.2021.27.9.1210
18. Bartolazzi F, Ribeiro A, de Sousa W, et al. Relationship of health literacy and adherence to oral anticoagulation therapy in patients with atrial fibrillation: a cross-sectional study. *J Thromb Thrombolysis*. 2021;52(4):1074-80. DOI:10.1007/s11239-021-02432-4
19. Ferguson C, Inglis S, Newton P, et al. Barriers and enablers to adherence to anticoagulation in heart failure with atrial fibrillation: patient and provider perspectives. *J Clin Nurs*. 2017;26(23-24):4325-34. DOI:10.1111/jocn.13759
20. Cabellos-Garcia A, Martinez-Sabater A, Castro-Sanchez E, et al. Relation between health literacy, self-care and adherence to treatment with oral anticoagulants in adults: a narrative systematic review. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1-12. DOI:10.1186/s12889-018-6070-9
21. Lemstra M, Nwankwo C, Bird Y, Moraros J. Primary nonadherence to chronic disease medications: a meta-analysis. *Patient Prefer Adherence*. 2018;12:721. DOI:10.2147/PPA.S161151
22. Mandalenakis Z, Von Koch L, Eriksson H, et al. The risk of atrial fibrillation in the general male population: a lifetime follow-up of 50-year-old men. *Europace*. 2015;17(7):1018-22. DOI:10.1093/europace/euv036
23. Friberg L, Rosenqvist M, Lip G. Evaluation of risk stratification schemes for ischaemic stroke and bleeding in 182 678 patients with atrial fibrillation: the Swedish Atrial Fibrillation cohort study. *Eur Heart J*. 2012;33(12):1500-10. DOI:10.1093/eurheartj/ehr488
24. LaMori J, Mody S, Gross H, et al. Burden of comorbidities among patients with atrial fibrillation. *Ther Adv Cardiovasc Dis*. 2013;7(2):53-62. DOI:10.1177/17539447124641
25. Демченко Т.Н., Чумакова Г.А., Чугунова Ю.В. Особенности когнитивной функции у пациентов с фибрилляцией предсердий. *Анналы аритмологии*. 2015;12(4):215-24 [Demenko TN, Chumakova GA, Chugunova YV. Features of cognitive function in patients with atrial fibrillation. *Annaly aritmologii*. 2015;12(4):215-24 (in Russian)]. DOI:10.15275/annaritmol.2015.4.3
26. Rohde D, Merriman N, Doyle F, et al. Does cognitive impairment impact adherence? A systematic review and meta-analysis of the association between cognitive impairment and medication non-adherence in stroke. *PLoS One*. 2017;12(12):e0189339. DOI:10.1371/journal.pone.0189339
27. Кобалава Ж.Д., Лазарев П.В., Федорова Д.Н. Когнитивная дисфункция на фоне фибрилляции предсердий: клинико-патогенетические ассоциации, диагностика и профилактика, аспекты применения антикоагулянтной терапии. *Кардиология*. 2019;59(10):66-77 [Kobalava ZD, Lazarev PV, Fedorova DN. Cognitive Dysfunction at the Background of Atrial Fibrillation: Clinical-Pathological Aspects, Diagnostics and Prevention, Issues of the Use of the Application of Anticoagulant Therapy. *Kardiologiya*. 2019;59(10):66-77 (in Russian)]. DOI:10.18087/cardio.2019.10.n612
28. Gallagher A, Rietbrock S, Plumb J, Van Staa T. Initiation and persistence of warfarin or aspirin in patients with chronic atrial fibrillation in general practice: do the appropriate patients receive stroke prophylaxis? *J Thromb Haemostas*. 2008;6(9):1500-6. DOI:10.1111/j.1538-7836.2008.03059.x
29. Castellucci L, Shaw J, van der Salm K, et al. Self-reported adherence to anticoagulation and its determinants using the Morisky medication adherence scale. *Thrombosis Res*. 2015;136(4):727-31. DOI:10.1016/j.thromres.2015.07.007
30. Emren S, Şenöz O, Bilgin M, et al. Drug adherence in patients with nonvalvular atrial fibrillation taking non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in Turkey: NOAC-TR. *Clin Appl Thromb Hemost*. 2018;24(3):525-31. DOI:10.1177/1076029617693940
31. Zielinski G, van Rein N, Teichert M, et al. Persistence of oral anticoagulant treatment for atrial fibrillation in the Netherlands: a surveillance study. *Res Pract Thromb Haemost*. 2020;4(1):141-53. DOI:10.1002/rth2.12261
32. Smith D, Lovell J, Weller C, et al. A systematic review of medication non-adherence in persons with dementia or cognitive impairment. *PLoS One*. 2017;12(2):e0170651. DOI:10.1371/journal.pone.0170651

33. Patel D, McConkey N, Sohaney R, et al. A systematic review of depression and anxiety in patients with atrial fibrillation: the mind-heart link. *Cardiovasc Psychiatry Neurol.* 2013;2013:159850. DOI:10.1155/2013/159850
34. Polikandrioti M, Koutelkos I, Vasilopoulos G, et al. Anxiety and depression in patients with permanent atrial fibrillation: prevalence and associated factors. *Cardiol Res Pract.* 2018;2018:7408129. DOI:10.1155/2018/7408129
35. Søgaard M, Skjøth F, Kjældgaard J, et al. Atrial fibrillation in patients with severe mental disorders and the risk of stroke, fatal thromboembolic events and bleeding: a nationwide cohort study. *BMJ Open.* 2017;7(12):e018209. DOI:10.1136/bmjopen-2017-018209
36. Wu M, Shen L, Wang Q, et al. Anxiety and Depression Prevalence and Risk Factors Among Patients With Cardiovascular Diseases in Post-COVID-19 China. *Front Public Health.* 2022;9:758874. DOI:10.3389/fpubh.2021.758874
37. Walker E, McGee R, Druss B. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2015;72(4):334-41. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2014.2502
38. Jayatilleke N, Hayes R, Dutta R, et al. Contributions of specific causes of death to lost life expectancy in severe mental illness. *Eur Psychiatry.* 2017;43:109-15. DOI:10.1016/j.eurpsy.2017.02.487
39. McGrady A, McGinnis R, Badenhop D, et al. Effects of depression and anxiety on adherence to cardiac rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2009;29(6):358-64. DOI:10.1097/HCR.0b013e3181be7a8f
40. Fenger-Gron M, Vestergaard C, Frost L, et al. Depression and uptake of oral anticoagulation therapy in patients with atrial fibrillation: a Danish nationwide cohort study. *Medical Care.* 2020;58(3):216-24. DOI:10.1097/MLR.0000000000001268
41. Reading S, Black M, Singer D, et al. Risk factors for medication non-adherence among atrial fibrillation patients. *BMC Cardiovasc Disord.* 2019;19(1):38. DOI:10.1186/s12872-019-1019-1
42. Bauer LK, Caro MA, Beach SR, et al. Effects of depression and anxiety improvement on adherence to medication and health behaviors in recently hospitalized cardiac patients. *Am J Cardiol.* 2012;109(9):1266-71. DOI:10.1016/j.amjcard.2011.12.017
43. Suzuki T, Shiga T, Omori H, et al. Adherence to medication and characteristics of Japanese patients with non-valvular atrial fibrillation. *J Cardiol.* 2017;70(3):238-43. DOI:10.1016/j.jjcc.2016.11.009
44. Taylor E, O'Neill M, Hughes L, et al. Examining adherence to medication in patients with atrial fibrillation: the role of medication beliefs, attitudes, and depression. *J Cardiovasc Nurs.* 2020;35(4):337-46. DOI:10.1097/JCN.0000000000000650
45. Teppo K, Jaakkola J, Airaksinen K, et al. Mental Health Conditions and Nonpersistence of Direct Oral Anticoagulant Use in Patients With Incident Atrial Fibrillation: A Nationwide Cohort Study. *J Am Heart Assoc.* 2022;11(6):e024119. DOI:10.1161/JAHA.121.024119
46. Miyazaki M, Nakashima A, Nakamura Y, et al. Association between medication adherence and illness perceptions in atrial fibrillation patients treated with direct oral anticoagulants: an observational cross-sectional pilot study. *PLoS One.* 2018;13(9):e0204814. DOI:10.1371/journal.pone.0204814
47. Lane D, Meyerhoff J, Rohner U, Lip G. Patients' perceptions of atrial fibrillation, stroke risk, and oral anticoagulation treatment: An international survey. *TH Open.* 2018;2(03):e233-41. DOI:10.1055/s-0038-1666803
48. Алехин А.Н., Трифонова Е.А., Лебедев Д.С., и др. Психологические проблемы в аритмологии (на модели фибрилляции предсердий). *Вестник аритмологии.* 2011;63:45-54 [Alekhin AN, Trifonova EA, Lebedev DS, et al. Psychological problems in arrhythmology (on a model of atrial fibrillation). *Vestnik aritmologii.* 2011;63:45-54 (in Russian)].
49. Streur M, Ratcliffe SJ, Callans D, et al. Atrial fibrillation symptom clusters and associated clinical characteristics and outcomes: A cross-sectional secondary data analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2018;17(8):707-16. DOI:10.1177/1474515118778445

Статья поступила в редакцию/The article received: 27.09.2022



OMNIDOCTOR.RU