

УДК 616.125-009.3:615.22

**ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ
МЕДИЦИНСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ,
ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ****¹Скирденко Ю.П., ¹Жеребилов В.В., ²Шустов А.В., ¹Николаев Н.А.***¹Омский государственный медицинский университет, Омск**²Клинический кардиологический диспансер, Омск, e-mail: niknik.67@mail.ru*

Рассматривается современное состояние вопросов лечения и медицинского сопровождения больных фибрилляции предсердий. Проанализированы особенности симптомного и бессимптомного течения заболевания, факторы риска, осложнения и причины смертности при этих вариантах мерцательной аритмии. Дана оценка причинам и распространённости когнитивной дисфункции, связанных с ней изменений эмоционального статуса и личностных особенностей. Показано, что отношение больных фибрилляцией предсердий к своей болезни определяет их приверженность к лечению а, следовательно, и медицинский прогноз. Очерчена основная проблематика лечения этой категории больных: отсутствие рекомендации по индивидуализированному подбору способов улучшения приверженности к лечению, основывающихся на личностных характеристиках пациентов, их социально-бытовых реалий, и особенностях течения заболевания; недостаточный контроль обеспечения регулярного приема больными фибрилляцией предсердий лекарственных средств; существующая потребность в поиске возможностей повышения комплайенса, способных улучшить качество лечения, за счёт снижения количества осложнений, повышения качества жизни и ее продолжительности, и выработки способов индивидуального увеличения приверженности к терапии у конкретного пациента.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, медицинское сопровождение, приверженность к лечению.

**ATRIAL FIBRILLATION: PROBLEMS AND PROSPECTS OF MEDICAL SUPPORT,
TREATMENT AND PREVENTION AT THE PRESENT STAGE****¹Skirdenko Yu.P., ¹Zherebilov V.V., ²Shustov A.V., ¹Nikolayev N.A.***¹ Omsk Medical Academy, Omsk**² Clinical Cardiology Clinic, Omsk, e-mail: niknik.67@mail.ru*

Considered the state of the art medical care and treatment of patients with atrial fibrillation. We analyzed the features of symptomatic and asymptomatic course of the disease, risk factors, complications and causes of death in these cases of atrial fibrillation. Assess the causes and prevalence of cognitive dysfunction, and related changes in emotional status and personal features. It is shown that the ratio of patients with atrial fibrillation determines their adherence to treatment and, consequently, the medical prognosis. Outlined the main issues of treatment of this category of patients: the lack of recommendations for individualized selection of approaches to improve adherence to treatment based on individual characteristics of patients, their social realities, and the characteristics of the disease; inadequate controls to ensure regular patients taking atrial fibrillation drugs; the existing need for search of possibilities to improve compliance that will improve the quality of care, by reducing the number of complications, improve quality of life and its duration, and to develop ways of increasing adherence to therapy in the individual patient.

Keywords: atrial fibrillation, medical support, adherence to treatment.

Фибрилляция предсердий (ФП) – форма суправентрикулярной тахикардии, характеризующаяся беспорядочным сокращением отдельных групп предсердных мышечных волокон с последующим ухудшением общей механической функции предсердий [48,3], являющаяся независимым предиктором смерти [38,52]. По данным 2010-2015 гг., распространённость ФП в общей популяции составляет 0,4-2% [6,23,36], увеличиваясь до 8-10% в возрастной группе старше 80 лет [23,36].

Важность проблемы ФП усугубляется выраженным трендом к постоянному росту её распространённости. За последние четверть века количество госпитализаций по поводу ФП увеличилось более чем в 2 раза [6], составляя около 30% от всех госпитализаций по поводу аритмий [52], причинами

чего может быть, как увеличение общего количества сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и постарение населения, так и улучшение качества амбулаторного скрининга. В США количество обращений за медицинской помощью по поводу ФП за 10-летний период на 88% [79]. В Европе в 2013 г., по сравнению с 2006 г. частота случаев неклапанной ФП возросла с 4,5 млн. до 6 млн. [26]. В России, по прогнозам экспертов ВНОК, количество пациентов с ФП в ближайшие 50 лет удвоится, приобретя характер эпидемии [41,52,67].

Специфической особенностью ФП является значительное количество случаев бессимптомного течения, когда клинические проявления вообще отсутствуют, или реализуются в виде различных тревожных расстройств. Больные с бессимптомным

вариантом ФП обычно моложе 65 лет, чаще имеют индекс массы тела (ИМТ) более 30 кг/м², среди них больше злоупотребляющих алкоголем и имеющих привычку к курению. Эта форма чаще выявляется у мужчин, и имеет идиопатический характер [52].

При симптомном течении ФП основными жалобами являются общая слабость (иногда достигающая уровня астено-невротического синдрома), тревога, ощущения перебоев в работе сердца по типу учащенного неритмичного сердцебиения, головокружение, головная боль, боли в области сердца, утомляемость, синкопальные состояния, одышка, а так же появление или усиление проявлений ХСН во время пароксизма [23]. Больные симптомной ФП чаще относятся к старшей возрастной группе (60-75) лет, как правило, в анамнезе имеют ишемическую болезнь сердца, инфаркт миокарда (ИБС), артериальную гипертензию (АГ), хроническую сердечную недостаточность (ХСН) [52].

Выживаемость больных с симптомным и бессимптомным вариантами ФП статистически значимо не различается [52,38].

Смертность больных ФП примерно в 2-5 раз выше по сравнению с популяцией сохраняющих синусовый ритм [38]. Ведущей причиной смертности при ФП являются тромбоэмболические осложнения (ТЭО), при этом ФП – наиболее частая причина кардиогенных тромбоэмболий [48]. В частности, ФП является фактором риска острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), ввиду частого развития тромбоэмболий, достигающих 5% в год [46]. Вероятность развития ОНМК у больных ФП увеличивается в 3-5 раз, составляя ежегодно около 3 млн. случаев [58]. Пароксизмальная форма ФП увеличивает риск ОНМК в той же степени, как и персистирующая или постоянная. У 43% больных с ишемическим вариантом ОНМК отмечается бессимптомное течение ФП, поэтому отсутствие субъективных ощущений у пациентов с ФП не исключает вероятности возникновения ТЭО [49,52]. Halperin J.L. et al., установили, что 15-20% случаев ишемического ОНМК обусловлено наличием у больных ФП, причем развитие «немых» инфарктов мозга у 15% пациентов происходит также на фоне ФП [68].

ФП является фактором развития и прогрессирования ХСН [12], которая остается одним из самых распространенных, про-

грессирующих и прогностически неблагоприятных ССЗ [7]. Присоединение постоянной формы ФП значительно отягощает течение ХСН. Не случайно на Барселонском Всемирном конгрессе кардиологов (2006) ФП и ХСН были охарактеризованы как «грозные эпидемии, подпитывающие друг друга» [34].

Непосредственно с ФП может быть связана когнитивная дисфункция (включая сосудистую деменцию). Результаты ряда исследований [76] дают основания полагать, что бессимптомные эмболии могут способствовать ухудшению когнитивной функции у больных с ФП даже при отсутствии явного ОНМК. Многими авторами [65] было показано, что у пациентов с пароксизмальной формой ФП наблюдается снижение памяти, связываемое с минимальными ишемическими повреждениями вследствие микроэмболизации, или диффузного гипоксического повреждения, связанного с гипоперфузией [11].

Ухудшение церебрального кровотока способствует формированию или прогрессированию когнитивной дисфункции [16], проявляющейся нарушением памяти, речи, счета, пространственно-временной ориентации, снижением способности к абстрактному мышлению, признаками замедления мышления относительно индивидуальной нормы для данного пациента [24,56]. Тесная связь когнитивных функций с сердечно-сосудистой системой обуславливает многообразие причин, вызывающих их нарушения: сочетание ишемического и метаболического компонентов, активация свободнорадикального окисления, энергетический дефицит нейронов, фосфолипидное и кальцийзависимое повреждение, нейромедиаторные механизмы, гормональные механизмы, аутоиммунные и другие процессы [33].

Когнитивные нарушения снижают приверженность терапии, что, в свою очередь, по механизму «порочного круга», увеличивает вероятность ТЭО и дальнейшего когнитивного снижения [91], в результате ухудшая течение болезни. В настоящее время накоплены убедительные свидетельства повышенного риска сосудистых и нейродегенеративных деменций у больных с ФП [63].

Важно учитывать, что эмоциональный статус и личностные особенности больных ФП оказывают не меньшее, а в ряде случаев и большее влияние на субъективную картину заболевания и качество жизни (КЖ), чем

объективная тяжесть болезни [62,74,85], поскольку традиционные критерии терапевтической эффективности, опирающиеся на лабораторные и инструментальные данные, отражают лишь физическую составляющую картины болезни, но не дают полного представления о жизненном благополучии больного.

Отношение к болезни определяет актуальное психическое состояние больного и его приверженность к лечению, а следовательно, и медицинский прогноз. Учет особенностей личностного реагирования пациента на болезнь важен для повышения эффективности взаимодействия врача и больного, определения тактики психологического сопровождения диагностического и лечебно-восстановительного процессов [2].

Продолжающийся интерес к оценке КЖ сопровождается осознанием того, что для обеспечения эффективности лечения соматическое заболевание недостаточно рассматривать только как объективизированное патологическое состояние организма. Болезнь имеет и субъективную сторону: пациент не только имеет собственное понимание причин своего заболевания, его проявлений и последствий, методов лечения и их эффективности, но и ценностно осмысливает и эмоционально переживает ситуацию болезни [10,32,39]. У больных с одинаковым состоянием здоровья, КЖ может быть совершенно разным [43].

Изучение КЖ при ФП, позволяет с новых позиций раскрыть многоплановую картину болезни и дифференцировано проанализировать влияние болезни и лечения на состояние больного [30,92]. КЖ существенно хуже у пациентов с ФП, чем у здоровых людей или у больных ишемической болезнью сердца с синусовым ритмом [77]. У больных с ФП ухудшается КЖ и снижается толерантность к физической нагрузке. В рекомендациях ESC/ACC/АНА (2006) по ведению больных с ФП подчеркивается, что у таких больных КЖ значительно ухудшается по сравнению с пациентами того же возраста [42]. Однако исследования КЖ у больных ФП до сих пор немногочисленны [43].

Большинство больных с пароксизмальной ФП отмечали, что аритмия оказывает влияние на образ жизни, хотя их ощущения не зависели от частоты или длительности клинически явных эпизодов аритмии [69]. Устойчивый синусовый ритм сопровождается улучшением КЖ, хотя этот эффект был

подтвержден не во всех исследованиях [87]. В частности, контроль ритма в исследованиях PIAF и HOT SAFE [80] обеспечивал улучшение толерантности к физической нагрузке по сравнению с таковой на фоне контроля ЧСС, однако это не привело к улучшению КЖ. Однако статистически значимых различий по КЖ у больных с пароксизмальной, персистирующей и постоянной формами ФП пока не выявлено [55]. Худшие показатели КЖ и наиболее выраженные психические расстройства наблюдаются в дебюте ФП и при возникновении на ее фоне сердечно-сосудистых осложнений [25,66,84,92].

В ряде исследований показано [20,54,63,72], что вне зависимости от объективных показателей тяжести состояния эмоциональная реакция на заболевание, а также личностные особенности, связанные с эмоциональной лабильностью, оказывают существенное влияние на качество жизни больных ФП [16]. При этом психоэмоциональная составляющая КЖ больных ФП часто является ведущей.

Особенности личности, эмоциональное состояние, наличие психотравмирующей ситуации (острый, хронический стресс) оказывают существенное влияние на течение ФП [5,57,72], не только снижая КЖ, но и приводя к формированию тревожных и депрессивных расстройств (ТДР). Частота развития ТДР у больных ФП достигает 80% [43,51,55], являясь одной из причин значительного ухудшения приверженности к лечению и снижая работоспособность [16,20,28,31]. Одновременно, наличие ФП отрицательно влияет на психическое состояние больных, способствуя развитию вторичных психовегетативных нарушений и прогрессированию аритмии [75].

ТДР преобладают у больных рецидивирующей формой ФП (депрессия у 70% и тревога у 80% больных), что может быть обусловлено нозогенным характером данных состояний. Также обращает на себя внимание большая частота приступов ФП в год при рецидивирующей форме ФП в сочетании с ТДР. [21]. У больных ФП коморбидной с ТДР по сравнению с пациентами без ТДР установлено достоверно более низкое КЖ по психическому и физическому компонентам здоровья. [21].

При этом, несмотря на то, что первые упоминания о наличии ТДР у больных с ФП относятся ещё к середине прошлого века

[8,40,70,94], лишь в последние годы их взаимосвязь была подтверждена с позиций доказательной медицины [35,45,47,53,78,89].

Для большинства больных ФП психологически обременительна, её эпизоды сопровождаются выраженным стрессом [2]. Как показали исследования С.А. Гордеева с соавт. (2012), большинство больных с симптомным вариантом ФП предчувствует возникновение пароксизмов фибрилляции, отмечая дискомфорт в области сердца, тяжесть в голове, головокружение. Сам пароксизм проявляется сердцебиением и дискомфортом в области сердца, общей слабостью, ощущением «внутренней дрожи», частым и обильным мочеиспусканием, ощущением «кома в горле» или затрудненного дыхания, раздражительностью, головной болью, волнами жара или холода, страхом смерти. После прекращения пароксизма ФП большинство пациентов в течение суток чувствуют себя вялыми, апатичными, жалуются на чувство «внутренней разбитости». В межприступном периоде выявляются снижение фона настроения с эмоциональной лабильностью, повышенная раздражительность, нарушения сна, который становится тревожным, поверхностным, нередко сопровождается тягостными, устрашающими сновидениями, ранним пробуждением от чувства тревоги, быстрое возникновение астенических реакций, немотивированно появляющихся состояний боязливости и тревоги, повышенная ранимость, обидчивость, состояние внутренней напряженности. Нередки фобические состояния с постоянным ожиданием очередного приступа и страхом перед ним [11].

Ассоциированность ФП с ТДР дает основание предположить, что тревога может выступать в качестве эмоционального эквивалента учащенного сердцебиения и являться его эмоциональным маркером. Об этом косвенно свидетельствуют данные о роли тревоги как фактора риска развития ФП в краткосрочной и долгосрочной перспективе [64,90]. Нельзя исключить и взаимосвязь между результатами лабораторно-инструментальных данных и психологическими особенностями личности пациента с ФП [37].

Очевидно, что актуальность проблемы этих расстройств у больных ФП определяется не только их распространенностью и дезадаптирующим влиянием, но и тем, что своевременное их распознавание во многих

случаях становится решающим условием эффективной терапевтической помощи [18,19]. ТДР усложняют и модифицируют клиническую картину ФП, ведут к увеличению частоты обращений за медицинской помощью, увеличению количества ненужных исследований и, как следствие, завышают стоимость лечения [30,92]. У некоторых больных психический фактор может оказаться решающим в патогенезе ФП, без которого ее появление невозможно. У других сами пароксизмы ФП являются стрессом, тяжелой психической травмой, что ухудшает их психическое состояние.

Важно учесть, что одновременно большинство больных ФП имеют низкий уровень информированности о диагностированном у них нарушении ритма сердца, и проводимом по этому поводу медикаментозном и немедикаментозном лечении, а адекватная осведомленность нередко сочетается с интересом к псевдонаучным «оздоровительным системам» и необоснованному самолечению. Практически все больные время от времени «позволяют себе» нарушать врачебные предписания, главным образом в отношении регулярности приема лекарственных препаратов, а также уровня физической активности. В 30% случаях пренебрежение врачебными рекомендациями было весьма очевидно, и пациентами даже предпринимались попытки его обосновать [2]. В настоящее время идентифицировано порядка 250 факторов, так или иначе обуславливающих отношение больных к соблюдению режима терапии [4]. При этом больные ФП имея низкий уровень информированности о своем заболевании, обладают высокой мотивацией к обучению [4, 38].

Медицинское сопровождение больного ФП включает лечение основного заболевания, устранение триггерных факторов аритмии, назначение антиаритмических препаратов и интервенционных методов лечения, а так же обязательную профилактику ТЭО терапевтическими (назначение антикоагулянтов, антиагрегантов), и хирургическими (ушивание ушка левого предсердия, установка окклюдера) методами [50].

В настоящее время в лечении больных ФП применяются две стратегии: восстановление синусового ритма с его удержанием, и сохранение постоянной ФП с поддержанием адекватного контроля частоты сердечных сокращений.

Вопросы, связанные с фармакотерапией нарушений ритма сердца, являются наиболее сложными в кардиологии. Лекарственная терапия ФП доступными сегодня препаратами обладает сравнительно низкой эффективностью [5, 10]. Несмотря на появление большого количества лекарственных препаратов, новых методов диагностики и подбора терапии, достаточного эффекта профилактической антиаритмической терапии до сих пор нет. При ФП эффективность антиаритмической терапии достигает 50-70% [6].

По данным Фраменгемского исследования рефрактерность к антиаритмическим препаратам на первом году заболевания развивается у 30% больных, а на пятом достигает 80% [8]. Появление новых антиаритмических и антикоагулянтных препаратов, модернизация методов диагностики и лечения пока не позволяют добиться достаточного эффекта у всех пациентов. Среди причин недостаточной эффективности терапии традиционно рассматриваются патогенетические аспекты заболевания, но мало внимания уделяется комплаентности больных [1,4].

Все вышеперечисленные особенности и проблемы вносят свой вклад в заболеваемость и летальность [61,59,82], делая ФП чрезвычайно дорогостоящей проблемой общественного здравоохранения во всём мире [60].

В США, общий объем ежегодных расходов только федерального бюджета на лечение больных ФП оценивается в 6,65 млрд. долларов, в том числе 2,93 млрд. долларов (44%) – расходы на госпитализацию по поводу ФП, 1,53 млрд. долларов (23%) – на амбулаторное лечение ФП, 235 млн. долларов (4%) – на отпускаемые рецептурные препараты и 1,95 млрд. долларов (29%) – на лечение сопутствующей патологии [86]. Однако и эти цифры являются заниженными, поскольку они не включают расходы связанные с мониторингом антикоагулянтного статуса, стоимостью лечения осложнений при приеме препаратов и т. д. Экономический анализ регистра FRACTAL свидетельствует, что расходы на ФП, связанные с медицинской помощью, в среднем составляют 4700 долларов на одного пациента в год в течение первых нескольких лет после выставления диагноза, но ежегодные затраты значительно разнятся в зависимости от клинического течения ФП [95]. В Великобритании за период с 1995 г. по 2000 г. прямые затраты бюджета национальной служ-

бы здравоохранения на лечение больных ФП возросли с 0,6-1,2% до 0,9-2,4% [83]. Стоимость ухода за пациентами с ОНМК и ФП значительно выше, чем для больных с ОНМК и без ФП. В Германии средние затраты на лечение одного пациента с ФП-ассоциированным ОНМК приблизительно на 33% выше, чем с изолированным ОНМК [88].

Анализ экономической эффективности лечения фибрилляции предсердий в исследовании AFFIRM показал, что больным, рандомизированным по фармакологическому контролю ритма, требовалось более дорогостоящее лечение, чем пациентам, рандомизированным по контролю частоты (25 600 и 20 500 долларов за 4,6 года соответственно) [93]. При этом повышение эффективности предоставляемой помощи больным с ФП в амбулаторном порядке, приводит к снижению частоты дорогостоящей госпитализации. [48].

В результате старения населения и улучшения выживаемости пациентов с ишемической болезнью сердца, сердечной недостаточностью и артериальной гипертензией, увеличение распространенности ФП в обозримом будущем может стать экспоненциальным. Это накладывает существенное бремя на общество, делая необходимым решение задач, повышающих качество лечения больных ФП.

Эпидемиология, клиника, эффективность и стоимость различных методов лечения больных ФП являются предметом многочисленных исследований [72,73], в тоже время влиянию на течение болезни пациент-зависимых характеристик уделяется мало внимания. Интересным и пока недостаточно изученным с позиций доказательной медицины является вопрос о влиянии комплайенса, индивидуальной приверженности к терапии на течение ФП, количество осложнений заболевания, количество побочных эффектов терапии.

Одним из внешних факторов способных влиять на течение болезни является приверженность к терапии. По нашему мнению, проблема комплайенса при медицинском сопровождении больных ФП обоснована комплексом причин: необходимостью длительного приема большого количество препаратов, наличием нежелательных эффектов ЛС, высокой стоимостью лечения, отсутствием гарантированного эффекта, необходимостью постоянного контроля антикоагулянтного статуса, когнитивными изменени-

ями и, как правило, пожилым возрастом пациентов, а также их низкой информированностью и наличием сопутствующих заболеваний.

Эти причины в значительной мере снижают приверженность к терапии, тем самым формируя порочный круг усугубления состояния здоровья и снижая качество жизни. Однако, известные нам рекомендации повышения приверженности лечению носят общий характер, при этом отсутствуют рекомендации по индивидуализированному подбору способов улучшения комплайенса, основывающихся на личностных характеристиках пациентов, их социально-бытовых реалий, и особенностях течения ФП.

В этой связи отдельный интерес представляет поиск возможных различий в приверженности к терапии, а также изучение особенностей качества и продолжительности жизни у больных с симптомным и бессимптомным течением ФП, в связи с имеющимися данными о равных рисках неблагоприятных исходов у этих категорий больных.

Интересным представляется выявление корреляций между результатами лабораторно-инструментальных данных и психологическими особенностями больных ФП, с целью разработки инструментов влияния на течение заболевания модифицируя внешние факторы, оказывающие влияние на личность пациента.

Проблема обеспечения регулярного приема больными ФП назначенных лекарственных средств представляет одну из главных трудностей в их курации. Необходим поиск возможностей повышения комплайенса, способных улучшить качество лечения, в первую очередь – за счёт снижения количества осложнений, повышения качества жизни и ее продолжительности. Не менее важен для этого поиск способов индивидуального увеличения приверженности к терапии у конкретного пациента.

Список литературы

1. Алехин А.Н., Трифонова Е.А., Лебедев Д.С. Психологические проблемы в аритмологии (на модели фибрилляции предсердий) // Вестник аритмологии. – 2011. – № 63. – С. 45-54.
2. Алехин А.Н., Трифонова Е.А., Чумакова И.О., Лебедев Д.С., Михайлов Е.Н. Отношение к болезни пациентов с фибрилляцией предсердий, проходящих лечение методом катетерной абляции // Вестник аритмологии. – 2012. – № 67.
3. Алехин А.Н., Чумакова И.О., Андреева Е.В., Трифонова Е.А. Клинические факторы психической адаптации пациентов с сердечно сосудистой патологией (на примере легочной артериальной гипертензии и фибрилляции предсердий) // Вестник ЮУрГУ. – 2012. – № 6.
4. Андриянов М.Т. Уровень компетентности врачей в области ведения больных с фибрилляцией предсердий // Медицинский вестник Башкортостана. – 2012. – Т. 7, № 1.
5. Антюфьева В.Ф., Меньщикова И.А., Башков В.С. Пароксизмальная форма мерцательной аритмии. Взаимодействие электрофизиологических и психологических аспектов // Клиническая медицина. – 1990. – №8. – С. 59-60.
6. Артанова Е.Л. Контроль за антикоагулянтной терапией и качество жизни больных с фибрилляцией предсердий (обзор) // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – Т. 8, № 2.
7. Беленков Ю.Н. Эпидемиологические исследования сердечной недостаточности: состояние вопроса / Ю.Н. Беленков, В.Ю. Мареев, Ф.Т. Агеев // Consilium Medicum. – 2002. – Т. 4, № 3. – С. 35-41.
8. Березин Ф.Б., Богословский В.А., Михайлов А.Н. Психологические корреляции при пароксизмальной форме сердечных аритмий // Кардиология. – 1978. – № 18 (9). – С. 100-105.
9. Борозинец А.Ю. Патогенетические особенности нарушений ритма сердца и их фармакотерапия: дис. ... канд. мед. наук, 2001.
10. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. – СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005.
11. Гордеев С.А., Недоступ А.В., Федорова В.И., Васюков С.С., Ковров Г.В., Посохов С.И. Клинико-психологические особенности вегетативных расстройств у пациентов с психосоматическими заболеваниями // Асимметрия. – 2012. – № 4.
12. Гуревич М.А. Нарушения сердечного ритма и их коррекция при хронической сердечной недостаточности // Российский кардиологический журнал. – 2005. – № 3. – С. 5-10.
13. Дамулин И.В. Когнитивные расстройства при цереброваскулярной патологии // Журнал неврологии и психиатрии. – 2009. – № 1. – С. 75-80.
14. Деревнина Е.С., Акимова Н.С., Мартынович Т.В., Шварц Ю.Г. Когнитивные нарушения при фибрилляции предсердий на фоне сердечно-сосудистых заболеваний // Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150). – 2013. – Vol. 3. – Iss. 6.
15. Деревнина Е.С., Акимова Н.С., Мартынович Т.В., Макаров Н.С., Коньшина Л.Е., Шварц Ю.Г. Когнитивные нарушения при фибрилляции предсердий на фоне сердечно-сосудистых заболеваний // Анналы аритмологии. – 2013. – Т. 10, № 2.
16. Деревнина Е.С., Персашвили Д.Г., Шварц Ю.Г. Когнитивные расстройства у пациентов с фибрилляцией предсердий // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 5.
17. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий: рекомендации ВНОК и ВНОА. – М., 2011. – С. 1-84.
18. Добровольский А.В. Психотропные средства у пациентов с соматическими заболеваниями / А.В. Добровольский, М.Ю. Дробижев // Журнал неврологии и психиатрии. – 1998. – № 7. – С. 53-62.
19. Дробижев М.Ю. Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология / М.Ю. Дробижев, А.Ш. Тхостов, Д.В. Дроздов // Врач. – 1994. – №1. – С. 53-54.
20. Евсина О.В. Качество жизни, тревожно-депрессивные нарушения и прогноз у больных с различными формами фибрилляции предсердий: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Рязань, 2009.
21. Евсина О.В., Якушин С.С. Депрессия, тревога и качество жизни у пациентов с фибрилляцией предсердий // Российский медико-биологический вестник. – 2009 – № 3.

22. Евстигнеев В.В. Когнитивные нарушения в неврологической практике. – Минск: Белпринт, 2009.
23. Елисеева, А.А., Гарина К.И. Отношение к заболеванию и комплаентность больных с фибрилляцией предсердий в зависимости от возраста и гендерного фактора // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2014. – Т. 4, № 5.
24. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Синдром умеренных когнитивных расстройств в пожилом возрасте: диагностика и лечение // Русский медицинский журнал. – 2004. – № 10. – С. 573-576.
25. Кононова А.Г. Динамика кардиоваскулярных показателей и психоэмоциональных расстройств при лечении сердечных аритмий в амбулаторных условиях: дис. ... канд. мед. наук. – Тверь, 2000.
26. Крюков Н.Н., Портнова Е.В. Возможности коррекции когнитивных нарушений, при гипертонической болезни и пароксизмальной фибрилляции предсердий // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2013. – № 1.
27. Лагода О.В. Лечение нарушений памяти у больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга // Русский медицинский журнал. Неврология. Психиатрия. – 2004. – № 22.
28. Лагода О.В. Лечение нарушений памяти у больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга. Русский медицинский журнал. Неврология. Психиатрия. – 2004. – № 22.
29. Левин О.С. Когнитивные нарушения в практике терапевта: заболевания сердечно-сосудистой системы // Consilium Medicum. – 2009. – № 11 (2). – С. 55-61.
30. Либис Р.А., Прокофьев А.В., Коц Я.И. Оценка качества жизни у больных с аритмиями // Кардиология. – 1998. – № 4. – С. 4-16.
31. Ломакин В.В., Копылов Ф.Ю., Никитина Ю.М. Психосоматические особенности течения фибрилляции предсердий // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2009. – № 1. – С. 61-65.
32. Лурья Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. 4-е изд. – М.: Медицина, 1977.
33. Мангуби Д.А. Коррекция когнитивных расстройств при дисциркуляторной энцефалопатии // Здоровье Украины. – 2008. – № 10. – С. 28.
34. Материалы Всемирного конгресса кардиологов (Барселона, 2006). – URL: <http://www.escardio.org>.
35. Медведев В.Э., Епифанов А.В. Психосоматические аспекты фибрилляции предсердий: материалы XV съезда психиатров России 9-12 ноября, 2010 г. – М., 2010. – С. 111.
36. Медведев В.Э., Зверев К.В., Епифанов А.В. Психосоматические корреляции при фибрилляции предсердий // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2011 – № 4.
37. Михель Н.Д., Шварц Ю.Г. Особенности личности и клинико-инструментальные показатели у пациентов с фибрилляцией предсердий // Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150). – 2012. – Vol. 2. – Iss. 11.
38. Муромкина А.В., Интякова Ю.В., Назарова О.А. Методика и эффективность обучения в «Школе для пациентов с фибрилляцией предсердий» // Вестник аритмологии. – 2008. – № 52.
39. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: Изд-во МГУ, 1987.
40. Петрова Т.Р., Скибитский В.В. Клинико-гемодинамические эффекты психотропных препаратов и психосоматические корреляции при сердечных аритмиях // Тер. арх. – 1986. – № 58 (11). – С. 97-101.
41. Рекомендации ВНОК и ВНОА по диагностике и лечению ФП 2011 год // Рациональная фармакотерапия в Кардиологии. – 2011. – № 4 (прил.).
42. Рекомендации по ведению больных с фибрилляцией предсердий / ESC/ACC/AHA (2006) // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2007. – № 2. – С. 15-17.
43. Скурихина О.Н., Миллер О.Н. Уровень тревоги и депрессии у пациентов с пароксизмальной и постоянной формами фибрилляции предсердий // Вестник аритмологии. – 2009. – № 55.
44. Старчина Ю.А. Ранняя диагностика и лечение когнитивных расстройств при артериальной гипертонии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006.
45. Структура и динамика нозогенных психических реакций у больных с различными формами фибрилляции предсердий / Яковенко Т.В. и др. // Вестник аритмологии. – 2006. – Т. 44. – С. 26-29.
46. Сулимов В.А., Недоступ А.В., Благова О.В. Фибрилляция предсердий // Кардиология: национальное руководство / под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 746-763.
47. Сыркин А.Л., Копылов Ф.Ю., Попова Е.А. и др. Психические расстройства на разных этапах течения фибрилляции предсердий / Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 4. – С. 10-14.
48. Филатов А.Г., Тарашвили Э.Г. Эпидемиология и социальная значимость фибрилляции предсердий // Анналы аритмологии. – 2012. – № 2.
49. Фоякин А.В. Сравнительная оценка постоянной и пароксизмальной фибрилляции предсердий в патогенезе кардиоцеребральной эмболии / А.В. Фоякин, Л.А. Гераскина, З.А. Суслина // Кардиология. – 2002. – № 7. – С. 4-6.
50. Шипулин В.М., Евтушенко А.В., Князев М.Б., Кривов М.В., Князева Е.К., Попов С.В., Антонченко И.В. Хирургическая профилактика тромботических и тромбоемболических осложнений у пациентов с фибрилляцией предсердий // Вестник аритмологии. – 2001. – № 23.
51. Шпак Л.В., Кононова А.Г. Состояние гемодинамики, эмоциональные расстройства и отношение личности к болезни при лечении нарушений сердечного ритма в амбулаторных условиях // Кардиология. – 1999. – № 4. – С. 33-37.
52. Юрьева С.В., Сердечная Е.В., Попов В.В. Клиническое течение разных форм фибрилляции предсердий и выживаемость пациентов на севере России (ретроспективный 25-летний анализ) // Экология человека. – 2010. – № 9.
53. Яковенко Т.В., Шубик Ю.В., Костюк Г.П. и др. Структура и динамика нозогенных психических реакций у больных с различными формами фибрилляции предсердий // Вестник аритмологии. – 2006. – № 44. – С. 26-29.
54. Яковенко Т.В., Шубик Ю.В., Костюк Г.П., Крятова Т.В. Структура и динамика нозогенных психических реакций у больных с различными формами фибрилляции предсердий // Вестник аритмологии. – 2006. – № 44. – С. 26-29.
55. Яковенко Т.В., Шубик Ю.В., Костюк Г.П., Крятова Т.В. Качество жизни пациентов с различными формами фибрилляции предсердий и влияние на него лечения нозогенных психических реакций // Вестник аритмологии. – 2008. – № 51.
56. Яхно Н.Н., Дамулин И.В., Захаров В.В. Опыт применения высоких доз церебролизина при сосудистой деменции // Тер. арх. – 1996. – Т. 68, № 10. – С. 65-69.
57. Assessment of autonomic nervous activity before the onset of paroxysmal atrial fibrillation / Y. Tomoda // Psychol Rep. – 2007. – Vol. 100. – P. 1245-1254.
58. Atlas of Heart Disease and Stroke, World Health Organization, September 2004. Viewed Dec 2010 at. – URL: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_15_burden_stroke.pdf.
59. Bajpai A., Savelieva I. Epidemiology and economic burden of atrial fibrillation // AJ CammUS Cardiology. – 2007. – Vol. 4. – P. 14-17.
60. Cost of an emerging epidemic, an economic analysis of atrial fibrillation in the UK / S. Stewart, N. Murphy, A. Walker [et al.] // Heart. – 2004. – Vol. 90. – P. 286-292.
61. Davies M.J., Pomerance A. Pathology of atrial fibrillation in man // Br. Heart J. – 1972. – Vol. 34. – P. 520-525.

62. Dorian P., Jung W., Newman D et al. The impairment of health-related quality of life in patients with intermittent atrial fibrillation: implications for the assessment of investigational therapy // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2000. – Vol. 36. – P. 1303-1309.
63. Duron E., Hanon O. Vascular risk factors, cognitive decline, and dementia // *Vasc. Health. Risk. Manag.* – 2008. – Vol. 4, № 2. – P. 363-381.
64. Eaker E.D., Sullivan L.M., Kelly-Hayes M. et al. Tension and anxiety and the prediction of the 10-year incidence of coronary heart disease, atrial fibrillation, and total mortality: the Framingham Offspring Study // *Psychosom. Med.* – 2005. – Vol. 67, № 5. – P. 692-696.
65. Farina E., Magni E., Ambrosini F. et al. Neuropsychological deficits in asymptomatic atrial fibrillation // *Acta Neurol. Scand.* – 1997. – Vol. 96, № 5. – P. 310-316.
66. Fukuta Y., Fukuta M., Hayashi E. et al. Improvement of mental health and the quality of life after catheter ablation for paroxysmal supraventricular tachycardia // *Nip Koshu Eisei Zasshi.* – 2004. – № 51 (8). – P. 592-602.
67. Fuster V. et al. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation – executive summary // *Circulation.* – 2006. – № 114. – P. 700-752.
68. Halperin J.L., Hart R.G. Atrial fibrillation and stroke: new ideas, persistent dilemmas // *Stroke.* – 1988. – Vol. 19. – P. 937-941.
69. Hamer M.E., Blumenthal J.A., McCarthy E.A., et al. Quality-of-life assessment in patients with paroxysmal atrial fibrillation or paroxysmal supraventricular tachycardia // *Am J Cardiol.* – 1994. – Vol. 74. – P. 826-829.
70. Horsten M., Ericson M., Perski A. et al. Psychosocial Factors and Heart Rate Variability in Healthy Women // *Psychosom. Med.* – 1999. – № 61. – P. 49-57.
71. Kang Y. Health related quality of life in patients newly diagnosed with atrial fibrillation / Y. Kang, R. Bahler // *Eur J Cardiovasc Nurs.* – 2003. – Vol. 3 – P. 71-76.
72. Kupnovitskaia I.G. Autonomic status and neurohumoral regulation in patients with refractory tachyarrhythmia / I.G. Kupnovitskaia, V.A. Bobrov, V.N. Zalevskii // *Lik Sprava.* – 1996. – Vol. 1-2. – P. 53-56.
73. Lane D.A., Langman C.M., Lip G.Y. Illness perceptions, affective response, and health-related quality of life in patients with atrial fibrillation // *J. Psychosom. Res.* – 2009. – Vol. 66, № 3. – P. 203-210.
74. Lane D.A., Langman C.M., Lip G.Y., Nouwen A. Illness perceptions, affective response, and health-related quality of life in patients with atrial fibrillation // *J. Psychosom. Res.* – 2009. – Vol. 66, № 3. – P. 203-210.
75. Le Heuzey J.Y. Mechanisms of atrial fibrillation: recent advances // *Arch Mal Coeur Vaiss.* – 1994. – Vol. 3. – P. 41-50.
76. Lewis T. Auricular fibrillation and its relationship to clinical irregularity of the heart // *Heart.* – 1910. – Vol. 1. – P. 306-372.
77. Lewis T. Observations upon flutter and fibrillation. Part IX. The nature of auricular fibrillation as it occurs in patients // *Heart.* – 1921. – Vol. 8. – P. 193-227.
78. Mattioli A.V., Bonatti S., Zennaro M. et al. The relationship between personality, socioeconomic factors, acute life stress and the development, spontaneous conversion and recurrences of acute lone atrial fibrillation // *Europace.* – 2005. – № 7. – P. 211-220.
79. McDonald A.J. Increasing US emergency department visit rates and subsequent hospital admissions for atrial fibrillation from 1993 to 2004 / A.J. McDonald, A.J. Pelletier, P.T. Ellinor et al. // *Ann. Emerg. Med.* – 2008. – Vol. 51, № 1. – P. 58-65.
80. Opolski G., Torbicki A., Kosior D.A. et al. Rate control vs. rhythm control in patients with nonvalvular persistent atrial fibrillations: the results of the Polish How to Treat Chronic Atrial Fibrillation (HOT CAFE) Study // *Chest.* – 2004. – Vol. 126. – P. 476-486.
81. Recent developments in atrial fibrillation / I.M. Bilal et al. // *BMJ.* – 2005. – Vol. 330. – P. 238-243.
82. Reynolds M., Essebag V. Healthcare Resource Utilization and Costs Associated with Recurrent Episodes of Atrial Fibrillation: The FRACTAL Registry // *J. Cardiovasc. Electrophysiol.* – 2007. – Apr. 19.
83. Scherf D., Romano F., Terranova R. Experimental studies on auricular flutter and auricular fibrillation // *Am. Heart J.* – 1948. – Vol. 36. – P. 241-251.
84. Sears S.F., Lewis T.S., Kuhl E.A. et al. Predictors of Quality of Life in Patients With Implantable Cardioverter Defibrillators // *Psychosomatics.* – 2005. – № 46. – P. 5.
85. Sears S.F., Serber E.R., Alvarez L.G. et al. Understanding atrial symptom reports: objective versus subjective predictors // *Pacing Clin. Electrophysiol.* – 2005. – Vol. 28, № 8. – P. 801-807.
86. Stewart S., Murphy N., Walker A. et al. Cost of an emerging epidemic; an economic analysis of atrial fibrillation in the UK // *Heart.* – 2004. – Vol. 90. – P. 286-292.
87. Singh B.N., Singh S.N., Read D.J. et al. Amiodarone versus sotalol for atrial fibrillations // *N Engl J Med.* – 2005. – Vol. 352. – P. 1861-1872.
88. Stokes W. The diseases of the heart and the aorta. – Dublin: Hodges and Smith, 1854.
89. Suzuki S. The influences of psychosocial aspects and anxiety symptoms on quality of life of patients with arrhythmia: investigation in paroxysmal atrial fibrillation / S. Suzuki, H. Kasanuki // *Int J Behav Med.* – 2004. – Vol. 11, № 2 – P. 104-109.
90. Tully P.J., Bennetts J.S., Baker R.A. et al. Anxiety, depression, and stress as risk factors for atrial fibrillation after cardiac surgery // *Heart Lung.* – 2010. – May 6.
91. Van Deelen B.A., van den Bemt P.M., Egberts T.C. Cognitive impairment as determinant for sub-optimal control of oral anticoagulation treatment in elderly patients with atrial fibrillation // *Drugs Aging.* – 2005. – Vol. 22, № 4. – P. 353-360.
92. Van den Berg M.P., Hassink R.J., Tuinenburg A.E. et al. Quality of life in patients with paroxysmal atrial fibrillation and its predictors: importance of the autonomic nervous system // *Eur Heart J.* – 2001. – № 22. – P. 247-253.
93. Wenckebach K. F. Arrhythmia of the heart. A physiological and clinical study. – Edinburgh: William Green and Sons, 1904.
94. Wolf P.A., Abbott R.D., Kannel W.B. Atrial fibrillation: a major contributor to stroke in the elderly. The Framingham Study // *Arch Intern Med.* – 1987. – № 147. – P. 1561-1572.
95. Wolf P., Mitchell J., Baker C.S. et al. Impact of atrial fibrillation on mortality, stroke, and medical costs // *Arch. Intern. Med.* – 1998. – Vol. 158. – P. 229-234.