

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ КОМОРБИДНОСТИ И ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Кашицкая М. Э.¹, Воробьева Е. П.², Штонда М. В.²

¹Учреждение здравоохранения «2-я городская клиническая больница», г. Минск, Республика Беларусь;

²Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь

Реферат. Ведущей причиной инвалидизации и смертности населения является ишемическая болезнь сердца (ИБС), приводящая в ряде случаев к развитию фибрилляции предсердий (ФП), распространенность которой увеличивается с возрастом. Доля пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих коморбидной патологией, среди которой наиболее значимыми наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями являются сахарный диабет (СД) и хроническая болезнь почек (ХБП), в настоящее время возрастает. Несмотря на достигнутые успехи в лечении хронических неинфекционных заболеваний, ведение таких пациентов усложнилось после перенесенной коронавирусной инфекции. По данным проведенного исследования у пациентов с коморбидными заболеваниями отмечается снижение показателей качества жизни по всем шкалам, определяющим психический и физический компоненты здоровья. Перенесенная коронавирусная инфекция способствовала снижению показателей по шкалам, определяющим социальное функционирование и психическое здоровье, что подтверждается увеличением частоты встречаемости выраженной ситуативной тревожности у пациентов. Более низкая приверженность к лечению была характерна для лиц, имеющих ИБС и ФП в сочетании с одним коморбидным заболеванием, однако после перенесенной коронавирусной инфекции у данных пациентов отмечено повышение приверженности к лечению.

Ключевые слова: коморбидная патология, хронические неинфекционные заболевания, перенесенная коронавирусная инфекция, качество жизни, приверженность к лечению.

Введение. Ведущую роль среди сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), являющихся причиной инвалидизации и смертности населения в мире, занимает ИБС, которая в свою очередь является одной из причин развития фибрилляции предсердий ФП. По

данным различных исследований, наличие ФП у пациентов с ИБС приводит к увеличению смертности в 2,7–3,4 раза, при этом существенно увеличивается риск развития тромбоэмболических осложнений. Распространенность ФП увеличивается вдвое с

каждым десятилетием жизни и достигает 12 % у лиц в возрасте старше 80 лет. Повышение уровня оказания медицинской помощи, совершенствование программ социальной поддержки и реабилитации приводят к возрастанию доли пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих коморбидными заболеваниями, число которых достигает 80 % в возрасте старше 80 лет [1]. Наряду с ССЗ наиболее значимыми хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) на сегодняшний день являются сахарный диабет (СД) и хроническая болезнь почек (ХБП). Согласно данным имеющихся регистров более 40 % пациентов с ИБС имеют сопутствующий СД, а у 35 % пациентов с ССЗ отмечается снижение функции почек умеренной или тяжелой степени. Глобальная распространенность СД составляет 6 % взрослого населения, при этом для лиц старше 65 лет — почти 20 %, смертность от осложнений диабета за последние 20 лет увеличилась на 3 % и в 2019 г. составила 2 млн человек. Глобальная распространенность ХБП в мире составляет в настоящее время 13,4 %, при этом признаки нарушения функции почек выявляют у каждого десятого представителя общей популяции, среди основных причин смертности в 2016 г. ХБП занимала 16-е место в мире и, как ожидается, к 2040 г. переместится на 5-е место [2, 3].

В настоящее время, несмотря на достигнутые успехи в лечении ХНИЗ, ведение коморбидных пациентов усложнилось, что обусловлено перенесенной коронавирусной инфекцией (COVID-19). По данным мета-анализов, охвативших различные клинические наблюдения, у госпитализированных пациентов с COVID-19 регистрировалась высокая частота ССЗ. В группу заболеваний, которые были ассоциированы с неблагоприятным прогнозом и летальным исходом, вошли ИБС, артериальная гипертензия (АГ), нарушения сердечного ритма (НСР), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), при которых риск смерти увеличивался в 2,5–3 раза. Кроме ССЗ, наиболее высокий показатель смертности был отмечен также у лиц с наличием СД — до 12,1 % случаев, ХБП — до 15,5 % случаев. Нарушения ритма встречались у 19–21 % госпитализированных по поводу COVID-19 паци-

ентов. Имеющиеся данные указывают на более тяжелое течение коронавирусной инфекции в сочетании с сердечно-сосудистой патологией (ССП), которая являлась предиктором тяжелого течения и неблагоприятного исхода [4].

Наличие высокой коморбидности, по имеющимся данным отечественных и зарубежных исследователей, приводит к снижению качества жизни (КЖ), в том числе за счет ограничения способности к самообслуживанию и уровня социальной адаптации. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, качество жизни — это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования пациента, основанная на его субъективном восприятии. Оценка уровня КЖ является объективным способом оценки выраженности симптомов заболевания и эффективности проводимой терапии у пациентов с ИБС и ФП. В настоящее время существует большое количество методик для оценки КЖ. В клинической практике чаще всего используются опросники, среди которых предпочтение отдается опроснику SF-36 (Medical Outcomes Study 36 — Item Short Form Health Survey) [5].

Одним из факторов, имеющих выраженную возрастную специфику и оказывающих влияние на активность и деятельность человека, является уровень тревожности. Выделяют две формы тревожности — личностную (ЛТ) и ситуативную (СТ). Так, ЛТ отражает довольно стабильное индивидуальное свойство предрасположенности человека к тревоге и предполагающее наличие у него тенденции воспринимать ситуации как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией, определяется типом высшей нервной деятельности, темпераментом, характером, воспитанием и приобретенными стратегиями реагирования на внешние факторы. Так, СТ возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию, связана с состоянием, вызванным действием факторов, содержащих реальную или воображаемую опасность, зависит от текущих проблем и переживаний [6]. При длительном стрессе и повышенной СТ происходит адаптационная перестройка функциональных систем, в некоторых случаях

приводящая к ухудшению состояния здоровья. На сегодняшний день тревога — одно из наиболее распространенных психических нарушений в развитых странах, затрагивающее более 20 % населения. Тревожные расстройства и/или депрессия ежегодно обходятся глобальной экономике в 1 трлн долларов.

На фоне распространения коморбидной патологии в последние годы четко определилась проблема приверженности к лечению, которая влияет на эффективность самых современных методов оказания помощи. Под приверженностью к лечению обычно понимают степень соответствия поведения пациента рекомендациям врача в отношении приема препаратов, соблюдения диеты, изменения образа жизни и посещения клиники. На сегодняшний день для оценки приверженности к лечению чаще всего применяют шкалу комплаентности Мориски — Грина, предназначенную для скринингового выявления недостаточно комплаентных пациентов. По имеющимся данным только 50 % пациентов, имеющих хронические заболевания, привержены к лечебным рекомендациям, в то время как высокая приверженность к лечению у пациентов кардиологического профиля играет важную роль в профилактике сердечно-сосудистых осложнений [7].

Цель работы — оценка влияния коморбидности на приверженность к лечению и

качество жизни у пациентов с ИБС и ФП с учетом перенесенной коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. В исследование включено 212 пациентов с ИБС и ФП (постоянная и персистирующая форма). В группу I включены 106 пациентов (средний возраст $70,9 \pm 9,2$ лет), которые были исследованы до заболевания коронавирусной инфекцией, в группу II — 106 пациентов (средний возраст $72,1 \pm 8,9$ года), исследованных через 6 месяцев после перенесенного COVID-19. В исследование не включались пациенты с нестабильной стенокардией, с перенесенным в сроки менее года инфарктом миокарда, с критическими поражениями клапанов сердца, тиреотоксикозом, синдромом Вольфа — Паркинсона — Уайта, хронической сердечной недостаточностью III и IV функциональных классов. Количество пациентов обоих полов в обеих группах было одинаковым, количество пациентов по возрастному составу было сопоставимым (таблица 1).

Обе группы были разделены на 4 подгруппы по наличию коморбидных заболеваний: одну подгруппу составили пациенты с ИБС и ФП без наличия сопутствующей патологии; вторую — пациенты с ИБС и ФП в сочетании с СД; третью — пациенты с ИБС и ФП в сочетании с ХБП; четвертую — пациенты с ИБС и ФП в сочетании с СД и ХБП (таблица 2).

Таблица 1 — Распределение пациентов с учетом пола и возраста, абс. (%)

| Группа | Пол | Возраст | Всего |
|--------|--|--------------------------|-------------|
| I | Мужчины — 52 (49,01 %) Женщины — 54 (50,99 %) | 50–60 лет — 11 (10,37 %) | 106 (100 %) |
| | | 61–70 лет — 36 (35,29 %) | |
| | | 71–80 лет — 32 (30,18 %) | |
| | | 81–90 лет — 21 (24,16 %) | |
| II | Мужчины — 52 (49,01 %) Женщины — 54 (50,99 %) | 50–60 лет — 10 (9,5 %) | 106 (100 %) |
| | | 61–70 лет — 40 (37,7 %) | |
| | | 71–80 лет — 31 (29,2 %) | |
| | | 81–90 лет — 25 (23,6 %) | |

Таблица 2 — Распределение пациентов с учетом сопутствующей патологии, абс. (%)

| Подгруппа по заболеванию | Группа I | Группа II |
|--------------------------|--------------|--------------|
| ИБС | 38 (35,84 %) | 23 (21,69 %) |
| ИБС + СД | 16 (15,09 %) | 16 (15,09 %) |
| ИБС + ХБП | 32 (30,18 %) | 36 (33,96 %) |
| ИБС + СД + ХБП | 20 (18,86 %) | 26 (24,52 %) |
| Итого | 106 (100 %) | 106 (100 %) |

Всем пациентам были проведены общеклинические и лабораторные обследования, электрокардиография в 12 отведениях, эхокардиография. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) определяли, используя уравнение СКД-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration).

Качество жизни оценивали, используя анкету качества жизни SF-36, состоящую из 36 пунктов, сгруппированных в восемь шкал, результаты оценки которых формируют два параметра: физический и психологический компоненты здоровья. Более высокая оценка указывала на более высокий уровень качества жизни. Уровень тревожности определяли по шкале тревоги Спилбергера – Ханина. Тест определял тревожность исходя из шкалы самооценки. Уровень до 30 баллов считался низким, от 30 до 45 баллов – умеренным, от 46 баллов и выше – высоким. Оценка приверженности к лечению проводилась с помощью опросника Мориски – Грина, состоящего из четырех вопросов. При обработке подсчитывался суммарный балл. Комплаентными считались пациенты, набравшие 4 балла.

Статистическая обработка результатов проводилась с применением компьютерного пакета Statistica 7.0. При статистическом анализе данные были представлены в зависимости от вида распределения в виде $M \pm SD$,

где M – среднее арифметическое, Sd – стандартное отклонение, а также в виде Me (ИКР), где Me – медиана, ИКР – интерквартильный размах: 25-й процентиль – 75-й процентиль, если распределение отличалось от нормального. Для сравнения групп использовали метод Краскела – Уоллиса с последующей оценкой различий между группами. Различие считали достоверным при $p < 0,05$. Достоверность различий между параметрами определяли с помощью непараметрического критерия Манна – Уитни; также рассчитывали χ^2 . Проводили однофакторный корреляционный анализ по Пирсону; при распределении, отличном от нормального, рассчитывали коэффициент ρ Спирмена.

Результаты и их обсуждение. Полученные данные показали, что профиль качества жизни у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, оказался ниже по всем шкалам, определяющим психологический и физический компоненты здоровья, с наибольшей достоверностью по таким шкалам, как социальное функционирование ($U = 908,0$; $p = 0,002$), эмоционально-ролевое функционирование ($U = 888,0$; $p = 0,002$) и психическое здоровье ($U = 1064,0$; $p = 0,035$). При этом снижение уровня общего показателя «психологический компонент здоровья» было достоверно не значимо ($U = 1849,0$; $p = 0,829$) (таблица 3).

Таблица 3 — Профиль качества жизни исследованных пациентов

| Показатель качества жизни | Группа Me [LQ-UQ] | | Группа $M \pm Sd$ | |
|--|---------------------|---------------------|-------------------|-------------|
| | Группа I | Группа II | Группа I | Группа II |
| Физическое функционирование (PF) | 50,0 [25,0–75,0] | 40,0 [20,0–55,0] | 51,3 ± 29,8 | 39,2 ± 25,6 |
| Физическо-ролевое функционирование (RP) | 0,0 [0,0–50,0] | 0,0 [0,0–25,0] | 25,9 ± 35,6 | 19,7 ± 32,3 |
| Индекс боли (BP) | 41,0 [31,0–62,0] | 41,0 [41,0–52,0] | 46,1 ± 27,9 | 45,4 ± 19,3 |
| Социальное функционирование (SF) | 56,3 [37,5–62,5] | 45,0 [40,0–50,0] | 53,8 ± 27,1 | 44,6 ± 12,5 |
| Психическое здоровье (MH) | 60,0 [44,0–68,0] | 45,0 [35,0–60,0] | 55,2 ± 19,9 | 47,3 ± 21,4 |
| Эмоционально-ролевое функционирование (RE) | 33,0 [0,0–66,0] | 50,0 [37,5–62,5] | 35,5 ± 36,0 | 33,4 ± 23,4 |
| Жизненная активность (VT) | 50,0 [35,0–60,0] | 33,3 [0,0–66,7] | 46,4 ± 19,9 | 39,4 ± 38,5 |
| Общее состояние здоровья (GH) | 50,0 [40,0–60,0] | 52,0 [48,0–64,0] | 49,6 ± 17,8 | 46,5 ± 18,1 |

Окончание табл. 3

| Показатель качества жизни | Группа Ме [LQ-UQ]) | | Группа $M \pm Sd$ | |
|---------------------------|---------------------|---------------------|-------------------|------------|
| | Группа I | Группа II | Группа I | Группа II |
| Психологический компонент | 42,5 [36,8–48,3] | 41,4 [32,9–46,4] | 42,3 ± 9,1 | 41,2 ± 9,9 |
| Физический компонент | 35,3 [30,1–44,3] | 25,6 [20,9–31,6] | 37,6 ± 10,1 | 27,6 ± 9,5 |

Снижение уровня качества жизни по показателю эмоционально-ролевого функционирования (Role Emotional — RE) свидетельствует о том, что у пациентов группы II ограничение в выполнении повседневной работы было обусловлено ухудшением эмоционального состояния. Это ухудшение привело к значительному ограничению социальных контактов, снижению уровня общения, что подтверждается снижением количества баллов по шкале, определяющей социальное функционирование (Social Functioning — SF). Низкие показатели шкалы психического здоровья (Mental Health — MH) свидетельствуют о наличии тревожных переживаний, снижении настроения, общего показателя положительных эмоций и психологическом неблагополучии.

Подтверждением влияния перенесенной коронавирусной инфекции на показатели психического здоровья является достоверно чаще встречающаяся у пациентов группы II выраженная ситуативная тревожность, в то время как количество случаев умеренной СТ снизилось, а низкой — не изменилось ($\chi^2 = 6,4$; $p = 0,041$). Выявленная СТ встречалась в группе I в 32,07 %, умеренная в 63,2 %, низкая — в 4,71 % случаев, в группе II — в 60,38, 35,85 и 3,77 % случаев соответственно. Выраженность личностной тревожности у пациентов группы II в сравнении с группой I достоверно не изменилась. В группе I выраженная ЛТ встречалась в 54,71 %, умеренная в 43,39 %, низкая — 1,9 % случаев, в группе II — в 53,77, 45,28 и 0,95 % соответственно (рисунок 1).

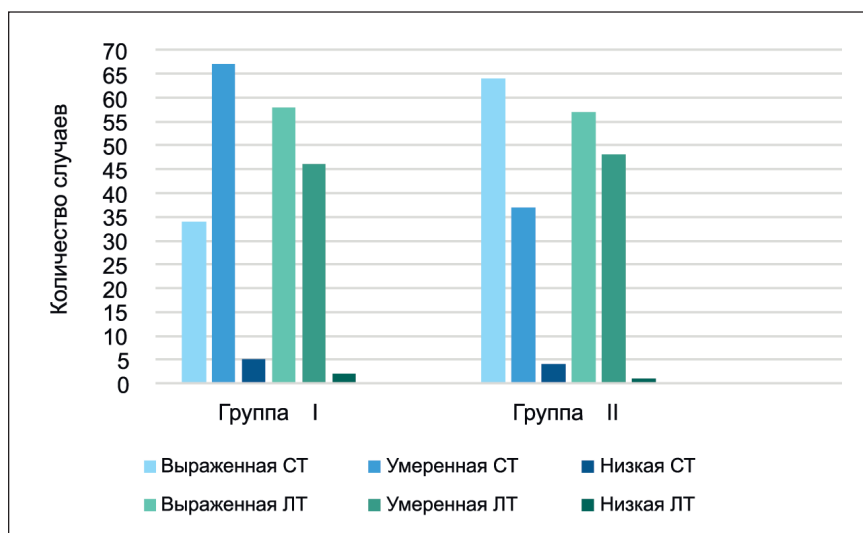


Рисунок 1 — Степень выраженности тревожности у исследованных пациентов

Согласно полученным в исследовании данным приверженность к лечению у пациентов после перенесенной коронавирусной инфекции оказалась выше. В группе II средний показатель составил $2,8 \pm 1,1$ баллов в сравнении с показателями группы I ($H = 35,0$; $p = 0,00$) (таблица 4).

Таблица 4 — Показатели приверженности к лечению исследованных пациентов

| Группа | Ме [LQ-UQ]) | $M \pm Sd$ |
|--------|---------------|------------|
| I | 2,0 [1,0–3,0] | 1,9 ± 1,1 |
| II | 3,0 [2,0–4,0] | 2,8 ± 1,1 |

Полученные данные свидетельствуют о возрастании приверженности к лечению после перенесенной коронавирусной инфекции: значительно большее количество пациентов, набравших 3 и 4 балла, отмечено в группе II — 36 человек (33,96 %) и 35 человек

(33,01 %) соответственно, в то время как в группе I отмечено большее количество пациентов, набравших 0, 1 и 2 балла — 6 человек (8,3 %), 34 человека (30,8 %) и 37 человек (31,7 %) соответственно ($\chi^2 = 53,1$ $p < 0,01$) (рисунок 2).

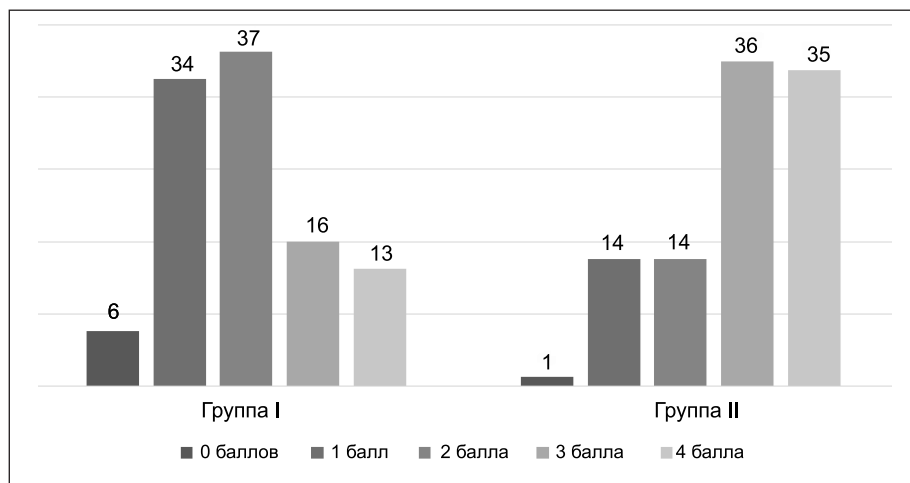


Рисунок 2 — Распределение показателей приверженности к лечению в группах пациентов

В зависимости от сопутствующей патологии в группе I приверженность к лечению была наиболее высокой у пациентов, имеющих ИБС в сочетании с СД и ХБП, наиболее низкой — у пациентов, имеющих ИБС в сочетании с СД. В группе II наиболее высокой также была приверженность к лечению пациентов, имеющих сочетанную коморбидную патологию. При этом в группе II отмечался рост приверженности к лечению лиц, имеющих ИБС и ФП в сочетании с СД, в сравнении с такими же пациентами до COVID-19 (таблица 5).

Таблица 5 — Средний показатель приверженности к лечению у пациентов с учетом сопутствующих заболеваний

| Подгруппы по заболеванию | Группа I | Группа II |
|--------------------------|-----------|-----------|
| ИБС | 2,0 ± 1,2 | 2,8 ± 1,5 |
| ИБС + СД | 1,3 ± 1,4 | 3,0 ± 1,4 |
| ИБС + ХБП | 1,9 ± 0,9 | 2,6 ± 1,2 |
| ИБС + СД + ХБП | 2,2 ± 1,0 | 3,1 ± 1,0 |

При оценке приверженности к лечению пациентов в зависимости от возраста в исследовании была получена достоверно более

высокая приверженность пациентов группы II в возрасте 61–70 лет — средний балл составил $2,6 \pm 1,3$ ($H = 11,9$; $p = 0,027$) и в возрасте 71–80 лет — средний балл составил $3,0 \pm 0,9$ ($H = 9,8$; $p = 0,008$).

Заключение. У коморбидных пациентов, в том числе после перенесенной коронавирусной инфекции, отмечается ухудшение течения имеющейся патологии, что приводит к снижению показателей качества жизни. Снижение качества жизни коррелирует со снижением приверженности к лечению. Приверженность к терапии в последние годы привлекает внимание врачей всех специальностей, так как именно хронические неинфекционные заболевания являются причиной значительных потерь общества в связи с заболеваемостью, сокращением продолжительности жизни, утратой трудоспособности и высокой смертностью. Проблеме комплаентности отводится важная роль, так как она остается низкой и влечет за собой снижение терапевтического эффекта от лечения, ведет к возникновению осложнений заболевания. По данным ВОЗ, это одна из самых актуальных проблем здравоохранения, значимость которой возросла после пандемии коронавирусной инфекции.

По данным нашего исследования, у пациентов с коморбидными заболеваниями отмечается снижение показателей КЖ по всем шкалам, определяющим психический и физический компоненты здоровья. Перенесенная коронавирусная инфекция способствовала снижению КЖ, достоверно наиболее значимо по шкалам, определяющим социальное функционирование и психическое здоровье, снижая уровень эмоционального состояния. Подтверждением влияния COVID-19 на показатели психического здоровья является увеличение частоты встречаемости выраженной ситуативной тревожности у пациентов.

Согласно полученным результатам нашего исследования низкую приверженность к лечению продемонстрировали лица, имеющие ИБС и ФП в сочетании с одним коморбид-

ным заболеванием, при этом вызывает интерес факт, что после перенесенной коронавирусной инфекции отмечено повышение приверженности к лечению у пациентов указанных групп, более значимо у имеющих ИБС и ФП в сочетании с СД. Достоверно более высокая приверженность была получена у пациентов в возрасте от 60 до 80 лет.

Наличие статистически значимых изменений позволяет сделать заключение, что КЖ и приверженность к лечению имеют прямую зависимость от степени коморбидности. Сочетание коморбидных состояний с перенесенной коронавирусной инфекцией утяжеляет течение имеющейся патологии, что требует длительного периода динамического мультидисциплинарного наблюдения за такими пациентами с целью уменьшения риска неблагоприятных событий.

Список цитированных источников

1. EORP-AF Long-Term General Registry Investigators; Steering Committee (National Coordinators). Contemporary stroke prevention strategies in 11096 European patients with atrial fibrillation: a report from the EURObservational Research Programme on Atrial Fibrillation (EORP-AF) Long-Term General Registry [Electronic resource] / G. Boriani [et al.] // *Europace*. — 2018. — Т. 20, № 5. — P. 747–757. — Mode of access: <https://doi.org/10.1093/europace/eux301>. PMID:29016832. — Date of access: 15.04.2023.
2. Ефремова, Е. В. Коморбидность и прогноз больных при хронической сердечной недостаточности / Е. В. Ефремова, А. М. Шутов // *Сердечная недостаточность*. — 2014. — Т. 15, № 86. — С. 294–300.
3. Батюшин, М. М. Хроническая болезнь почек: современное состояние проблемы [Электронный ресурс] / М. М. Батюшин // *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. — 2020. — Т. 16, № 6. — С. 938–947. — Режим доступа: <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2020-11-06>. — Дата доступа: 15.04.2023.
4. Международный регистр «Анализ динамики Коморбидных заболеваний у пациентов, перенесших инфицирование SARS-CoV-2» (АКТИВ SARS-CoV-2): анализ предикторов неблагоприятных исходов острой стадии новой коронавирусной инфекции [Электронный ресурс] / Г. П. Арутюнов [и др.] // *Российский кардиологический журнал*. — 2021. — Т. 26, № 4. — С. 116–131. — Режим доступа: <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2021-4470>. — Дата доступа: 15.04.2023.
5. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова; под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. — 2-е изд. — М.: Олма Медиа Групп, 2007. — 320 с.
6. Сидоров, К. Р. Тревожность как психологический феномен / К. Р. Сидоров // *Вестник Удмурдского университета*. — 2013. — № 2. — С. 42–52.
7. Конради, А. О. Значение приверженности к терапии в лечении кардиологических заболеваний / А. О. Конради // *Справочник поликлинического врача*. — 2007. — Т. 6, № 4. — С. 8–11.

Adherence to treatment and quality of life in patients with coronary heart disease and atrial fibrillation on the background of comorbidity and transferred coronavirus infection

Kashytskaya M. E.¹, Vorobyeva E. P.², Shtonda M. V.²

¹2nd City Clinical Hospital, Minsk, Republic of Belarus;

² Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Republic of Belarus

The leading cause of disability and mortality rate is coronary heart disease, which in some cases leads to the development of atrial fibrillation, the prevalence of which increases with age. The

proportion of elderly and senile patients suffering from comorbid pathology, among which diabetes mellitus and chronic kidney disease are the most significant along with cardiovascular diseases, is currently increasing. Despite the successes achieved in the treatment of chronic non-communicable diseases, the management of such patients has become more complicated after a coronavirus infection. According to the study, patients with comorbid diseases have a decrease in quality of life indicators on all scales that determine the mental and physical components of health. The transferred coronavirus infection contributed to a decrease in indicators on the scales determining social functioning and mental health, which is confirmed by an increase in the frequency of occurrence of pronounced situational anxiety in patients. Lower adherence to treatment was typical for people with coronary heart disease and AF in combination with one comorbid disease, however, after a coronavirus infection, these patients showed increased adherence to treatment.

Keywords: comorbid pathology, chronic non-communicable diseases, transmitted coronavirus infection, quality of life, adherence to treatment.

Поступила 26.05.2023