

Научная статья

УДК 616.12-008.313.2

DOI: 10.17816/pmj432105-115

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ: КОМОРБИДНОСТЬ И ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

М.А. Трушникова*, **Н.А. Корягина**, **В.С. Корягин**, **А.В. Авдеев**,
С.Г. Шулькина, **Ю.И. Третьякова**

*Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера,
Российская Федерация*

CHARACTERISTICS OF ELDERLY AND SENILE PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION: COMORBIDITY AND GERIATRIC SYNDROMES

M.A. Trushnikova*, **N.A. Koriagina**, **V.S. Koryagin**, **A.V. Avdeev**, **S.G. Shulkina**,
Yu.I. Tretyakova

Ye.A. Vagner Perm State Medical University, Russian Federation

Цель. Провести сравнительный анализ клинико-лабораторных характеристик, гериатрических синдромов и ближайших исходов у госпитализированных пациентов пожилого и старческого возраста с фибрилляцией предсердий. Фибрилляция предсердий (ФП) в пожилом и старческом возрасте представляет собой значимую кардиогериатрическую проблему. Несмотря на признание важности гериатрических синдромов, комплексная оценка функционального и когнитивного статуса не является рутинной практикой при ведении таких пациентов в стационаре, что ограничивает возможности персонализации терапии и стратификации риска.

© Трушникова М.А., Корягина Н.А., Корягин В.С., Авдеев А.В., Шулькина С.Г., Третьякова Ю.И., 2026
e-mail: m-trushnikova08@mail.ru

[Трушникова М.А. (*контактное лицо) – ассистент кафедры поликлинической терапии, ORCID: 0009-0002-3009-5760; Корягина Н.А. – доктор медицинских наук, профессор кафедры поликлинической терапии, ORCID: 0000-0001-5980-2364; Корягин В.С. – ординатор кафедры внутренних болезней и кардиологии, ORCID: 0009-0000-4834-2905; Авдеев А.В. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры поликлинической терапии, ORCID: 0009-0000-7674-4434; Шулькина С.Г. – доктор медицинских наук, профессор кафедры поликлинической терапии, ORCID: 0000-0002-1686-3885; Третьякова Ю.И. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры поликлинической терапии, ORCID: 0000-0002-7411-6204].

© Trushnikova M.A., Koriagina N.A., Koryagin V.S., Avdeev A.V., Shulkina S.G., Tretyakova Yu.I., 2026
e-mail: m-trushnikova08@mail.ru

[Trushnikova M.A. (*contact person) – Assistant, Department of Outpatient Therapy, ORCID: 0009-0002-3009-5760; Koriagina N.A. – DSc in Medicine, Professor, Department of Outpatient Therapy, ORCID: 0000-0001-5980-2364; Koryagin V.S. – Resident, Department of Internal Medicine and Cardiology, ORCID: 0009-0000-4834-2905; Avdeev A.V. – Phd in Medicine, Associate Professor, Department of Outpatient Therapy, ORCID: 0009-0000-7674-4434; Shulkina S.G. – DSc in Medicine, Professor, Department of Outpatient Therapy, ORCID: 0000-0002-1686-3885; Tretyakova Yu.I. – Phd in Medicine, Associate Professor, Department of Outpatient Therapy, ORCID: 0000-0002-7411-6204].

Материалы и методы. В одноцентровое исследование включено 280 пациентов с ФП, госпитализированных в кардиологический стационар, разделенных на группы: 1-я ($n = 129$, возраст ≥ 75 лет, медиана 82 года) и 2-я ($n = 151$, возраст 60–74 года, медиана 68 лет). Проведены клинико-лабораторные и инструментальные обследования пациентов с ФП, скрининг астении по опроснику «Возраст не помеха», оценка когнитивных нарушений (MoCA), депрессии (GDS-15), оценки повседневной активности (ADL), инсомнии и мышечной силы (кистевая динамометрия).

Результаты. При сопоставимости групп по параметрам гемодинамики (частоты сердечных сокращений, артериального давления, фракции выброса левого желудочка) и профилю кардиоваскулярной коморбидности двухлетняя смертность в группе ≥ 75 лет была достоверно выше (16,3 против 4,0 %, $p < 0,001$). У пациентов старшей группы выявлен синдромальный комплекс, включавший лабораторные признаки системного воспаления и гиперкоагуляции (повышение РФМК, фибриногена, С-реактивного белка, повышение альбумин-креатининового соотношения мочи) и мультидоменный гериатрический дефицит (MoCA: 19 баллов [18–21] против 23 [21–25], $p < 0,001$; ADL: 75 баллов [60–90] против 95 [95–100], $p < 0,001$; GDS-15 9,00 баллов [7,00–9,00] против 6,00 [5,00–7,50] в группе пожилого возраста, $p < 0,001$), что свидетельствовало о снижении мышечной силы и высокой распространенности признаков астении, когнитивных нарушений, депрессии, инсомнии.

Выводы. Ключевым прогностическим фактором у пациентов с ФП в возрасте 75 лет и старше является не характеристика аритмии, а тяжесть гериатрического дефицита и сопутствующего системного воспаления. Полученные данные обосновывают обязательность интеграции параметров гериатрической оценки в клинический алгоритм ведения пациентов позднего возраста с ФП на стационарном этапе.

Ключевые слова. Фибрилляция предсердий, пожилой возраст, клинический портрет, гериатрические синдромы, старческая астения, коморбидность, комплексная гериатрическая оценка, возрастные когорты, прогноз.

Objective. To conduct a comparative analysis of clinical and laboratory characteristics, geriatric syndromes, and short-term outcomes in hospitalized elderly and very old patients with atrial fibrillation (AF).

Materials and methods. This single-center study included 280 patients with AF admitted to a cardiology hospital. They were divided into two groups: Group 1 ($n = 129$, age ≥ 75 years, median 82 years) and Group 2 ($n = 151$, age 60–74 years, median 68 years). The patients with AF underwent clinical, laboratory, and instrumental examinations, including frailty screening using the "Age is Not a Barrier" questionnaire, assessment of cognitive impairment (MoCA), depression (GDS-15), activities of daily living (ADL), insomnia, and muscle strength (hand dynamometry).

Results. The groups were comparable in terms of hemodynamic parameters (heart rate, blood pressure, left ventricular ejection fraction) and cardiovascular comorbidity profile, with two-year mortality being significantly higher in the group aged ≥ 75 years (16.3% vs. 4.0%, $p < 0.001$). In the older group of patients, a syndrome complex was revealed, including laboratory signs of systemic inflammation and hypercoagulation (elevated soluble fibrin monomer complex (SFMC), fibrinogen, C-reactive protein, and urine albumin-to-creatinine ratio) and multidomain geriatric deficits: MoCA score 19 [18–21] vs. 23 [21–25], $p < 0.001$; ADL score 75 [60–90] vs. 95 [95–100], $p < 0.001$; GDS-15 score 9.00 [7.00–9.00] vs. 6.00 [5.00–7.50] in the elderly group, $p < 0.001$. These findings indicated a high prevalence of signs of frailty, cognitive impairment, depression, insomnia and decreased muscle strength.

Conclusions. The key prognostic factor in patients with AF aged 75+ years is not the characteristics of the arrhythmia but the severity of geriatric deficits and concomitant systemic inflammation. These findings justify the mandatory integration of geriatric assessment parameters into the clinical management algorithm for older patients with AF during hospitalization.

Keywords. Atrial fibrillation, old age, clinical profile, geriatric syndromes, frailty, comorbidity, comprehensive geriatric assessment, age cohorts, prognosis.

ВВЕДЕНИЕ

Фибрилляция предсердий (ФП) и демографическое старение населения находятся в эпицентре современных кардиогериатрических вызовов. Распространенность ФП экспоненциально нарастает с возрастом, достигая 10–17 % у лиц старше 80 лет, что закономерно приводит к частому сочетанию аритмии с проявлениями старческой астении (СА) и другими гериатрическими синдромами [1; 2]. Современные исследования убедительно доказали, что СА является независимым предиктором неблагоприятных исходов у пациентов с ФП, включая инсульт, кровотечения, госпитализации и смертность [3; 4]. Однако пожилой возраст сам по себе крайне гетерогенен. Пациенты, условно относимые к одной возрастной группе (например, «75 лет и старше»), могут принципиально различаться по биологическим резервам, структуре коморбидности и, как следствие, по клиническому прогнозу. Традиционные подходы, основанные лишь на хронологическом возрасте, оказываются недостаточными для персонализации терапии [5].

В настоящее время оценка гериатрического статуса, включая скрининг старческой астении, когнитивных и функциональных нарушений, не входит в рутинную практику врача-кардиолога при оказании помощи пациентам пожилого и старческого возраста в условиях стационара, в том числе в период госпитализации по поводу острой декомпенсации сердечно-сосудистых заболеваний, такой как впервые выявленная или пароксизмальная фибрилляция предсердий. Основное внимание в остром периоде традиционно уделяется купированию аритмии, контролю гемодинамики и подбору базовой медикаментозной терапии, в то время как оценка интегральных показателей биологического возраста и уязвимости пациента остается за пределами стандартного диагностического алгоритма. В связи с

этим формирование детализированного клинического профиля пациентов с ФП в различных подгруппах старшего возраста приобретает ключевое значение для понимания патогенетических основ ухудшения прогноза и разработки прецизионных стратегий ведения.

Цель исследования – провести сравнительный анализ клинико-лабораторных характеристик, гериатрических синдромов и ближайших исходов у госпитализированных пациентов пожилого и старческого возраста с ФП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено одноцентровое сравнительное исследование на базе кардиологического отделения ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница № 3». Критериями включения стали: верифицированный диагноз ФП, возраст 60 лет и старше, экстренная госпитализация в кардиологическое отделение, подписанное информированное согласие, критерии исключения: острый коронарный синдром и острый инсульт в течение 12 месяцев, хроническая болезнь почек IV стадии и выше, заболеваниями печени, онкологическое заболевание. На основании анализа распределения возраста и с целью выделения клинически значимых подгрупп пациенты были разделены на две группы: группа 1 ($n = 129$): пациенты в возрасте 75 лет и старше (Me 82 года, интерквартильный размах (IQR) 77–85), группа 2 ($n = 151$): пациенты в возрасте 60–74 года (Me 68 лет, IQR 64–72); в группе 1 (≥ 75 лет) преобладали женщины (70,6 против 55,4 % в группе 2, $p = 0,011$). Группы были сопоставимы по наличию сахарного диабета 2-го типа. Всем пациентам проведено клинико-лабораторное и инструментальное обследование, включающее: ЭКГ, эхокардиографию, общий и биохимический анализы крови, коагулограмму, С-реактивный белок (СРБ),

общий анализ мочи, альбумин-креатининовое соотношение (альбуминурия в разовой порции мочи (мг/г), Urine Albumin-to-Creatinine Ratio (UACR)). Проведена оценка астении по русскоязычной версии опросника «Возраст не помеха», скрининг когнитивных нарушений Montreal Cognitive Assessment (MoCA), выявление депрессивных симптомов по гериатрической шкале депрессии (Geriatric Depression Scale, GDS-15), оценка функционального статуса по шкале повседневной бытовой активности (Activity of Daily Living, ADL), оценка сна по индексу тяжести инсомнии (Insomnia Severity Index, ISI), оценка мышечной силы по кистевой динамометрии ведущей руки (кг). Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 6 (разработчик – ООО «Статтех», Россия). Характер распределения количественных переменных оценивался с помощью критерия Шапиро – Уилка. Данные представлены в виде медианы и межквартильного размаха ($Me (Q_1-Q_3)$) для признаков с распределением, отличным от нормального, и в виде среднего и стандартного отклонения ($M \pm SD$) для признаков с нормальным распределением. Для сравнения двух независимых групп по количественным признакам использовались U -критерий Манна – Уитни, критерий Бруннера – Мюнцеля и t -критерий Стьюдента. Сравнение качественных признаков проводилось с использованием крите-

рия χ^2 Пирсона и точного критерия Фишера. Рассчитывались отношения шансов (ОШ) с 95%-ным доверительным интервалом (ДИ). Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Сравнительный анализ сформированных клинических портретов представлен в табл. 1. Пациенты старшей группы имели меньшие показатели роста, веса и индекс массы тела (ИМТ), все $p < 0,01$. Показатель смертности в течение двух лет в группе 1 был достоверно выше (16,3 против 4,0 %, $p < 0,001$).

Клинические портреты обеих групп не различались по ключевым параметрам гемодинамики в момент поступления: частота сердечных сокращений (ЧСС), систолическое и диастолическое артериальное давление, а также фракция выброса левого желудочка были сопоставимы ($p > 0,05$).

Анализ частоты и продолжительности эпизодов ФП выявил, что у пациентов группы 1 достоверно чаще встречаются частые или длительные эпизоды (\geq одного раза в месяц или продолжительностью ≥ 7 дней) – 54,2 %, в группе 2 – 27,8 % ($p < 0,001$). И, напротив, редкие эпизоды ($<$ одного раза в год) значимо преобладали у более молодых пациентов (27,8 vs 14,0 % в группе 1, $p = 0,018$), что под-

Таблица 1

Демографические и антропометрические характеристики сравниваемых групп

Показатель	Группа 1 (≥ 75 лет, $n = 129$) $Me (Q_1-Q_3)$	Группа 2 (60–74 года, $n = 151$) $Me (Q_1-Q_3)$	p
Женский пол, абс. (%)	84 (70,6)	82 (55,4)	0,011
Рост, см	160,0 (155,0–166,0)	167,5 (160,0–174,0)	$< 0,001$
Вес, кг	72,0 (61,0–80,0)	80,0 (70,0–95,0)	$< 0,001$
ИМТ, кг/м ²	27,2 (24,1–31,4)	29,4 (26,0–32,0)	0,007
Смертность, абс. (%)	21 (16,3)	6 (4,0)	$< 0,001$

Примечание: Me – медиана, Q_1-Q_3 – межквартильный размах.

Таблица 2

**Характеристика течения и стратификации риска у пациентов
пожилого и старческого возраста с ФП**

Параметр	Категория	Группа 1 (≥ 75 лет), n = 129		Группа 2 (60–74 года), n = 151		p
		абс.	%	абс.	%	
Частота и продолжительность эпизодов ФП (по анамнезу)	Редкие (< 1/год < 7 дней)	18	14,0	42	27,8	0,018*
	Умеренные (> 1/год, но < 1/мес. < 7 дней)	41	31,8	67	44,4	0,061
	Частые или длительные (≥ 1/мес. или ≥ 7 дней)	70	54,2	42	27,8	< 0,001*
Средняя ЧЖС во время эпизода ФП (при поступлении)	Хороший контроль (< 80 уд./мин)	22	17,1	49	32,5	0,006*
	Удовлетворительный контроль (80–110 уд./мин)	71	55,0	76	50,3	0,521
	Плохой контроль (> 110 уд./мин)	36	27,9	26	17,2	0,043*

Примечания: n (%) – абсолютное число и доля пациентов. Для количественных шкал представлена медиана (Me) и межквартильный размах [25-й – 75-й процентиля, Q₁–Q₃], p – уровень статистической значимости различий между группами. Для категориальных переменных (*) рассчитан с использованием критерия χ^2 Пирсона. Для количественных переменных (**) использован U-критерий Манна – Уитни. * или ** обозначает статистически значимые различия (p < 0,05); ЧЖС – частота желудочковых систолий.

тверждает концепцию возрастного ремоделирования предсердий и прогрессирования структурных изменений миокарда, ведущих к утяжелению бремени аритмии у лиц старшего возраста (табл. 2) [1; 2]. Оценка эффективности контроля ЧСС во время эпизода ФП показала, что в группе пожилых пациентов достоверно реже достигается хороший контроль (< 80 уд./мин) – 17,1 против 32,5 % (p = 0,006), и значительно чаще регистрируется плохой контроль (> 110 уд./мин) – 27,9 против 17,2 % (p = 0,043), что может быть обусловлено возрастными особенностями проводящей системы, более высокой исходной коморбидностью и сложностью подбора безопасных доз препаратов, урежающих ритм, у пациентов старческого возраста [3]. Пациенты в возрасте 75 лет и старше с ФП представляют собой особую когорту с неблагоприятным профилем течения аритмии, требующую персонализированного подхода к лечению.

Лабораторные характеристики групп пациентов пожилого и старческого возраста

с ФП представлены в табл. 3. В старческом возрасте достоверно выше маркеры активации системы гемостаза (уровни РФМК и фибриногена) и хронического воспаления (СРБ), отмечались признаки почечной дисфункции (альбумин-креатининовое соотношение мочи в группе 1 – 45,0 [15,0; 180,0] против 22,0 [10,0; 85,0] в группе 2, p = 0,010, СКФ (СКД-ЕП) < 60 мл/мин/1,73 м² – у 78 человек (60,5 %) в группе 1 против 62 – (41,1 %) в группе 2, p = 0,001). Выявлены более низкие уровни печеночных ферментов АЛТ (13,00 [10,00–19,75] Ед/л) и ГГТ (19,00 [16,00–34,50] Ед/л) по сравнению с соответствующими данными в группе пациентов пожилого возраста, что может отражать возрастное снижение общей метаболической активности. Выявлена прямая корреляция возраста с уровнем мочевины (p = 0,263) при минимальной связи с креатинином (p = 0,113); это указывает, что с возрастом у пациентов с ФП в большей степени изменяется внепочечный метаболизм азота, что может

**Клинико-лабораторные показатели пациентов пожилого
и старческого возраста с ФП**

Лабораторный показатель	Группа 1 (≥ 75 лет) <i>Me</i> (Q_1-Q_3)	Группа 2 (60–74 года) <i>Me</i> (Q_1-Q_3)	<i>p</i>
РФМК, ед	5,00 (4,00–8,00)	4,50 (4,00–7,00)	0,003**
Фибриноген, г/л	3,50 (3,00–3,98)	3,20 (2,70–3,70)	0,040**
Мочевина, ммоль/л	7,30 (5,80–9,30)	6,35 (5,10–7,90)	< 0,001**
Креатинин, мкмоль/л	96,0 [80,0; 115,0]	90,0 [80,0; 100,0]	0,156
СКФ (СКД-ЕП), мл/мин/1,73 м ²	58,0 [48,0; 70,0]	65,0 [55,0; 78,0]	0,002**
СКФ (СКД-ЕП) < 60 мл/мин/1,73 м ² , абс. / %	78 / 60,5	62 / 41,1	0,001*
UACR, мг/г	45,0 [15,0; 180,0]	22,0 [10,0; 85,0]	0,010*
Гемоглобин (Hb), г/л	117,0 [114,0–119,0]	125,5 [118,0–141,0]	< 0,001**
Гематокрит (HCT), %	37,0 [35,0–40,0]	40,0 [36,5–43,0]	0,001**
Гемоглобин, г/л	117,0 (114,0–119,0)	125,5 (118,0–141,0)	< 0,001**
СОЭ, мм/ч	19,0 (12,0–27,5)	13,5 (8,0–22,0)	< 0,001**
СРБ, мг/л	11,35 [5,30–13,68]	3,20 [2,30–6,70]	0,004**
Гликированный гемоглобин (HbA1c), %	7,00 [5,97–7,90]	6,55 [6,10–7,67]	1,000
Глюкоза, ммоль/л	6,60 [5,60–7,95]	6,40 [5,65–7,20]	0,424
Аланинаминотрансфераза (АЛТ), Ед/л	13,00 [10,00–19,75]	19,00 [13,50–28,50]	< 0,001**
Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ), Ед/л	19,00 [16,00–34,50]	35,00 [20,00–68,00]	< 0,001**

Примечание: *n* (%) – абсолютное число и доля пациентов. Для количественных шкал представлена медиана (*Me*) и межквартильный размах [25–75-й процентиля, Q_1-Q_3]; *p* – уровень статистической значимости различий между группами. Для категориальных переменных (*) рассчитан с использованием критерия χ^2 Пирсона. Для количественных переменных (**) использован *U*-критерий Манна – Уитни. * или ** обозначает статистически значимые различия ($p < 0,05$).

отражать преобладание катаболических процессов [14]. Имеется обратная корреляция с активностью АЛТ ($\rho = -0,289$) и ГГТ ($\rho = -0,284$), что подтверждает феномен «гепатопении старения» – возрастного снижения метаболической и синтетической активности печени [15].

Несмотря на почти десятилетнюю разницу в медианном возрасте, распространенность перенесенного инфаркта миокарда (ПИКС), аортокоронарного шунтирования (АКШ), стентирования коронарных артерий и синдрома слабости синусового узла (СССУ) была сопоставимой (табл. 4). Этот результат может быть объяснен эффектом отбора в исследование: пациенты с тяжелой, декомпенсированной

сопутствующей патологией не были включены, что привело к формированию относительно «стабильных» когорт в обеих возрастных группах. Кроме того, эффективная вторичная профилактика у пациентов с уже установленными сердечно-сосудистыми заболеваниями могла нивелировать ожидаемый возрастной рост частоты некоторых осложнений [1]. Выявлена тенденция к большей распространенности в группе ≥ 75 лет нарушений ритма сердца, отличных от ФП (89,1 против 80,4 %, $p = 0,053$), у пациентов старческого возраста вероятность наличия в анамнезе НРС в 2 раза выше, что согласуется с данными о возраст-ассоциированном прогрессировании электрического ремоделирования миокарда [4; 16].

Таблица 4

Перенесенные заболевания пациентов пожилого и старческого возраста с ФП

Показатель	Категория	Группа 1 (≥ 75 лет)	Группа 2 (60–74 года)	<i>p</i>	Отношение шансов (ОШ) [95 % ДИ] для группы 2
Перенесенный инфаркт миокарда	Отсутствие.	91 (76,5 %)	123 (83,1 %)	0,177*	0,661 [0,361–1,208]
	Наличие	28 (23,5 %)	25 (16,9 %)		
Аортокоронарное шунтирование	Нет.	116 (97,5 %)	137 (92,6 %)	0,182**	0,352 [0,096–1,294]
	Да	3 (2,5 %)	10 (6,8 %)		
Нарушения ритма сердца, кроме ФП	Отсутствие.	13 (10,9 %)	29 (19,6 %)	0,053*	0,503 [0,249–1,018]
	Наличие	106 (89,1 %)	119 (80,4 %)		
Синдром слабости синусового узла	Отсутствие.	116 (97,5 %)	146 (98,6 %)	0,659**	0,530 [0,087–3,223]
	Наличие	3 (2,5 %)	2 (1,4 %)		
Стентирование коронарных артерий	Отсутствие.	111 (93,3 %)	142 (95,9 %)	0,411**	0,586 [0,198–1,739]
	Наличие	8 (6,7 %)	6 (4,1 %)		

Примечание: *p*-значение рассчитано с использованием критерия χ^2 Пирсона* или точного критерия Фишера**.

Результаты некоторых параметров гериатрической оценки пациентов двух возрастных категорий представлены в табл. 5. По всем оцениваемым шкалам между группами пациентов старше 75 лет и 60–74 лет существуют статистически значимые различия ($p < 0,001$). В группе 1 медиана баллов шкалы «Возраст не помеха» составила 6,00 [6,00–7,00], что соответствует выраженной астении, в группе 2 медиана 5,00 [4,00–6,00] (пограничные значения), в группе 60–74 лет у 40 % была вероятная преастения, у 10 % вероятная старческая астения. Старческая астения характеризуется снижением физиологических резервов и уязвимостью по отношению к стрессовым факторам [1]. Имеется снижение когнитивных функций (медиана по шкале MoCA 19 [18; 21] баллов против 23 [21; 25] баллов в группе пожилых), что может указывать на высокую распространенность легких когнитивных нарушений и риска деменции в этой когорте. Показатели повседневной активности в старшей группе были достоверно ниже (75 [60; 90] против 95 [95; 100] баллов), что отражает увеличение зависимости от посторонней помощи. Уровень

депрессии оценивался по гериатрической шкале депрессии, где значение > 5 баллов указывает на наличие депрессивной симптоматики, в группе 1 медиана составила 9,00 [7,00–9,00] – выраженная депрессия, в группе 2 медиана – 6,00 [5,00–7,50] (пограничный уровень). Депрессия у пожилых с ФП ассоциирована со снижением приверженности лечению (ОШ 1,33; 95 % ДИ 1,11–1,60 для отсутствия поддержки) [1], ухудшением качества жизни и повышением риска сердечно-сосудистых событий. В группе 1 медиана показателя ADL составила 75,00 [60,00–90,00], что соответствует умеренной зависимости (необходимость помощи в некоторых видах деятельности). В группе 2 медиана – 95,00 [95,00–100,00] (практически полная независимость). Снижение ADL тесно связано с хрупкостью и является предиктором неблагоприятных исходов, включая падения и госпитализации [4]. У пациентов с фибрилляцией предсердий старческого возраста чаще отмечались признаки астении, депрессии, инсомнии и по данным динамометрии объективно сниженная мышечная сила.

Параметры гериатрической оценки пациентов пожилого и старческого возраста с ФП

Шкала / тест	Группа 1 (≥ 75 лет), <i>Me</i> (Q_1-Q_3)	Группа 2 (60–74 года), <i>Me</i> (Q_1-Q_3)	<i>p</i>
Астения (опросник), балл	6,00 (6,00–7,00)	5,00 (4,00–6,00)	< 0,001
Когнитивный статус (MoCA), балл	19,00 (18,00–21,00)	23,00 (21,00–25,00)	< 0,001
Депрессия (GDS-15), балл	9,00 (7,00–9,00)	6,00 (5,00–7,50)	< 0,001
Повседневная бытовая активность пациента (ADL), балл	75,00 (60,00–90,00)	95,00 (95,00–100,00)	< 0,001
Инсомния, балл	21,00 (16,00–22,00)	8,00 (8,00–15,00)	< 0,001
Мышечная сила, кг	24,00 (20,00–31,00)	30,00 (27,00–39,50)	< 0,001

Примечание: *Me* – медиана, Q_1-Q_3 – межквартильный размах.

Обнаруженный у пациентов старше 75 лет комплекс лабораторных изменений (см. табл. 3), который включает в себя повышение уровней РФМК, фибриногена, СРБ, мочевины, альбумино-креатининового соотношения мочи, формирует картину, типичную для синдрома хронического системного воспаления низкой степени активности. Это состояние рассматривается в литературе как ключевое патогенетическое звено, связывающее старение, развитие сердечно-сосудистых заболеваний и прогрессирование ФП [7; 8].

На этом фоне данные гериатрической оценки (табл. 5) позволяют утверждать, что характеристика человека в возрасте 75 лет и старше с ФП – это портрет пациента с мультидоменным гериатрическим дефицитом. Признаки вероятной астении, когнитивные нарушения, депрессия, инсомния и снижение мышечной силы образуют взаимосвязанный синдромальный комплекс, ведущий к потере автономности, повышенному риску падений, несоблюдению режима лечения и, как следствие, к катастрофическому ухудшению прогноза [9; 10]. Полученные данные обосновывают обязательность проведения гериатрической оценки у всех пациентов с ФП пожилого и старческого возраста для стратификации индивидуального риска. Выявление выражен-

ного гериатрического дефицита должно служить сигналом для коррекции терапевтической тактики с выбором более безопасных режимов антикоагуляции, повышенной осторожности при назначении антиаритмиков, контроля ЧСС с избеганием брадикардии, назначения немедикаментозной поддержки: обязательного включения в план лечения рекомендаций по нутритивной поддержке (адекватное потребление белка), дозированных физическим нагрузкам (включая резистентные тренировки), коррекции сна и когнитивному тренингу [11; 12].

Выводы

У пациентов в возрасте 75 лет и старше с фибрилляцией предсердий, несмотря на сопоставимость с более молодыми по основным кардиологическим параметрам (ЧСС, АД, ФВ ЛЖ, анамнез), двухлетняя летальность достоверно выше.

Клинический профиль пациента позднего возраста с ФП: с мультидоменным синдромом гериатрического дефицита, включающего признаки астении, когнитивные нарушения, депрессию, инсомнию, сниженную мышечную силу и потерю функциональной автономии.

Ведение пациента пожилого и старческого возраста, функциональных резервов и гериатрических синдромов становится обязательным стандартом для улучшения прогноза в условиях стационара.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК / REFERENCES

1. *Hindricks G., Potpara T., Dagres N. et al.* ESC scientific document group. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur Heart J.* 2021; 42 (5): 373–498. DOI: 10.1093/eurheartj/ehaa612
2. *Clegg A., Young J., Iliffe S., Rikkert M.O., Rockwood K.* Frailty in elderly people. *Lancet.* 2013 Mar 2; 381 (9868): 752–62. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9 Epub 2013 Feb 8. Erratum in: *Lancet.* 2013 Oct 19; 382 (9901): 1328. PMID: 23395245; PMCID: PMC4098658
3. *Gazzaniga G., Menichelli D., Poli D., Palareti G., Antonucci E., Pani A., Pignatelli P., Pastori D.* LiverTox in atrial fibrillation. Drug-related hepatotoxicity risk in elderly patients with atrial fibrillation: insights from the nationwide Italian START registry. *Sci Rep.* 2025; 15 (1): 45782. DOI: 10.1038/s41598-025-28502-8 PMID: 41476074 PMCID: PMC12756272
4. *Proietti M., Romiti G.F., Raparelli V., Diemberger I., Giuseppe B., Dalla V.L., Bellelli G., Marzetti E., Lip G., Cesari M.* Frailty prevalence and impact on outcomes in patients with atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis of 1,187,000 patients. *Ageing Research Reviews* 2022; 79: 101652. DOI: 10.1016/j.arr.2022.101652
5. *Петрова М.М., Афанасьева Д.С.* Влияние синдрома старческой астении на сердечно-сосудистые заболевания (обзор литературы). *Сибирское медицинское обозрение* 2024; 3 (147). / *Petrova M.M., Afanasyeva D.S.* The impact of frailty syndrome on cardiovascular diseases (literature review). *Siberian Medical Review* 2024; 3 (147) (in Russian).
6. *Martínez-Sellés M., Bayés de Luna A.* Atrial fibrillation in the elderly. *J Geriatr Cardiol.* 2017; 14 (3): 155–157. DOI: 10.11909/j.issn.1671-5411.2017.03.012 PMID: 28592955 PMCID: PMC5460058
7. *Koca M., Yavuz B.B., Tuna Doğrul R., Çalışkan H., Şengül Ayçiçek G., Özsüreççi C., Balcı C., Eşme M., Ünsal P., Halil M., Cankurtaran M.* Impact of atrial fibrillation on frailty and functionality in older adults. *Ir J Med Sci.* 2020; 189 (3): 917–924. DOI: 10.1007/s11845-020-02190-x Epub 2020 Jan 29 PMID: 31997061
8. *Xu Q., Jia Y., Wang Y., Yang P., Sun L., Liu Y., Chang X., He Y., Guo D., Shi M., Zhang Y., Zbu Z.* The bidirectional association between frailty index and cardiovascular disease: A Mendelian randomization study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2024; 34 (3): 624–632. DOI: 10.1016/j.numecd.2023.10.018 Epub 2023 Oct 24 PMID: 38176958
9. *Котовская Ю.В., Розанов А.В., Курашев Д.Х.* Сердечная недостаточность и синдром старческой астении. *Медицинский совет* 2018; 16: 72–79 / *Kotovskaya Yu.V., Rozanov A.V., Kurashev D.Kh.* Heart failure and frailty syndrome. *Medical Council* 2018; 16: 72–79 (in Russian).
10. *Harrison S.L., Akpan A., Lip G.Y.H.* Frailty and cognitive impairment are not reasons to withhold anticoagulation in people with atrial fibrillation but screening could guide management. *J Am Geriatr Soc.* 2021; 69 (7): 1807–1810. DOI: 10.1111/jgs.17142 Epub 2021 Apr 24 PMID: 33893638

11. *Volgman A.S., Nair G., Lyubarova R., Merchant F.M., Mason P., Curtis A.B., Wenger N.K., Aggarwal N.T., Kirkpatrick J.N., Benjamin E.J.* Management of atrial fibrillation in patients 75 years and older: JACC State-of-the-Art review. *J Am Coll Cardiol.* 2022 Jan 18; 79 (2): 166–179. DOI: 10.1016/j.jacc.2021.10.037 Erratum in: *J Am Coll Cardiol.* 2022 May 17; 79 (19): 1967. DOI: 10.1016/j.jacc.2022.03.362 PMID: 35027110
12. *Sadler E., Kbadjesari Z., Ziemann A., Sheehan K.J., Whitney J., Wilson D., Bakolis I., Sevdalis N., Sandall J., Soukup T., Corbett T., Gonçalves-Bradley D.C., Walker D.M.* Case management for integrated care of older people with frailty in community settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023; 5 (5): CD013088 DOI: 10.1002/14651858.CD013088.pub2 PMID: 37218645 PMCID: PMC10204122
13. *Ellis G., Gardner M., Tsiachristas A., Langhorne P., Burke O., Harwood R.H., Conroy S.P., Kircher T., Somme D., Saltvedt I., Wald H., O'Neill D., Robinson D., Shepperd S.* Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 9 (9): CD006211. DOI: 10.1002/14651858.CD006211.pub3 PMID: 28898390 PMCID: PMC6484374
14. *Aucella F., Corsonello A., Leosco D., Brunori G., Gesualdo L., Antonelli-Incalzi R.* Beyond chronic kidney disease: the diagnosis of Renal Disease in the Elderly as an unmet need. A position paper endorsed by Italian Society of Nephrology (SIN) and Italian Society of Geriatrics and Gerontology (SIGG). *J Nephrol.* 2019; 32 (2): 165–176. DOI: 10.1007/s40620-019-00584-4 Epub 2019 Jan 18 PMID: 30659521 PMCID: PMC6423311
15. *Larsson L. et al.* Sarcopenia: Aging-Related loss of muscle mass and function. *Physiol. Rev.* 2019. 99 (1), 427–511. DOI: 10.1152/physrev.00061.2017
16. *Хузиахметов Р.Д., Орехова Е.Н., Кадыралиев Б.К., Хлынова О.В.* Восстановление синусового ритма и функции левого желудочка у пациента с длительно персистирующей фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса левого желудочка. *Пермский медицинский журнал* 2025; 42 (6): 167–175. DOI: 10.17816/pmj426167-175 / *Khuziakmetov R.D., Orekhova E.N., Kadyraliev B.K., Khllynova O.V.* Restoration of sinus rhythm and left ventricular function in a patient with long-term persistent atrial fibrillation and chronic heart failure with a low left ventricular ejection fraction. *Perm Medical Journal* 2025; 42 (6): 167–175. DOI: 10.17816/pmj426167-175 (in Russian).

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов:

Трушников М.А. – формулирование идеи, гипотезы, цели исследования; написание первоначального текста статьи; управление данными: подготовка, аннотирование, хранение; проведение экспериментов, сбор данных.

Корягина Н.А. – научное руководство проектом; формулирование идеи, гипотезы, цели исследования; организационное управление проектом; разработка методов и процедур; написание первоначального текста статьи; проверка результатов.

Корягин В.С. – статистический или теоретический анализ данных; создание таблиц, редактирование текста.

Авдеев А.В. – редактирование, доработка текста, обсуждение результатов.

Шулькина С.Г. – редактирование, доработка текста, проверка результатов.

Третьякова Ю.И. – редактирование, доработка текста, обсуждение результатов.

Все авторы одобрили рукопись (версию для публикации), а также согласились нести ответственность за все аспекты настоящей работы, гарантируют надлежащее рассмотрение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью любой ее части.

Ограничение исследования. Проведенное исследование соответствует стандартам Хельсинкской декларации, одобрено этическим комитетом Пермского государственного медицинского университета им. академика Е.А. Вагнера, протокол № 2 от 25.02.2026. Перед началом исследования все пациенты подтвердили свое участие письменным информированным добровольным согласием.

Поступила: 10.02.2026

Одобрена: 08.04.2026

Принята к публикации: 10.04.2026

Просьба ссылаться на эту статью в русскоязычных источниках следующим образом: Характеристика пациентов пожилого и старческого возраста с фибрилляцией предсердий: коморбидность и гериатрические синдромы / М.А. Трушникова, Н.А. Корягина, В.С. Корягин, А.В. Авдеев, С.Г. Шулькина, Ю.И. Третьякова // Пермский медицинский журнал. – 2026. – Т. 43, № 2. – С. 105–115. DOI: 10.17816/pmj432106-115

Please cite this article in English as: Trushnikova M.A., Koriagina N.A., Koryagin V.S., Avdeev A.V., Shulkina S.G., Tretyakova Y.I. Characteristics of elderly and senile patients with atrial fibrillation: comorbidity and geriatric syndromes. *Perm Medical Journal*, 2026, vol. 43, no. 2, pp. 105-115. DOI: 10.17816/pmj432106-115