

## ОЦЕНКА ИНДЕКСА КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Перова Ольга Александровна, Пырикова Наталья Викторовна,

Осипова Ирина Владимировна

E-mail: [olechka\\_rusakova99@mail.ru](mailto:olechka_rusakova99@mail.ru)

---

**Цель исследования:** оценить индекс коморбидности у пациентов с ФП и его взаимосвязь с антикоагулянтной терапией.

**Материалы и методы.** Был проведен ретроспективный анализ 60 пациентов с ФП, госпитализированных в терапевтическое отделение КГБУЗ Таймырской МРБ. У всех рассчитан индекс коморбидности Чарлсона. Наличие ФП подтверждалось данными медицинской документации. Все пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа – ИК 1-2 балла – 11,7%, 2 группа – ИК 3-4 балла – 16,7%, 3 группа – ИК 5 и более баллов – 70,0%. Пациенты с ИК 0 баллов – 1,6% не включались в анализ. ФП преобладала среди пациентов пожилого (60-74 года) и старческого (75–89 лет) возраста – 27 (45%) и 19 (31,6%) человек соответственно. 1-я группа ИК 1-2, 2-я – ИК 3-4, 3-я – ИК 5 и более баллов.

**Результаты.** В группе пациентов, имеющих ИК 1-2 балла, постоянная форма ФП встречается в 3 раза реже (1 пациент – 14,3%), чем персистирующая ФП (3 пациента – 42,85%) и пароксизмальная (3 пациента – 42,85%) ( $\chi^2=15,9$ ;  $p<0,001$ ). В группе пациентов с ИК 3-4 балла постоянная форма ФП (5 пациентов – 50,0%) встречается в 2,5 раза чаще, чем персистирующая форма ФП (2 пациента – 20,0%) ( $\chi^2=10,8$ ;  $p=0,006$ ) и в 1,6 раза чаще пароксизмальной формы (3 пациента – 30,0%) ( $\chi^2=6,3$ ;  $p=0,030$ ). В группе пациентов с ИК 5 и более баллов постоянная форма ФП (26 пациентов – 62%) регистрировалась в 3,4 раза чаще, чем персистирующая (8 пациентов – 19,0%) и пароксизмальная формы (8 пациентов – 19,0%) ( $\chi^2=20,3$ ;  $p<0,001$ ). Пациенты 1 группы имеют постоянную форму ФП в 4,3 раза реже, чем пациенты 3 группы ( $\chi^2=16,9$ ;  $p<0,001$ ) и в 3,5 раза реже, чем больные 2 группы ( $\chi^2=17,3$ ;  $p=0,004$ ). При сравнении трех групп пациентов получено, что коррекция дозы антикоагулянтной терапии ПОАК требовалась только во 2 и 3 группе

пациентов, причем в 2 раза чаще в 3 группе, чем во 2-ой ( $\chi^2=7,9$ ;  $p=0,028$ ) (при учете только обоснованного снижения дозы ПОАК).

**Заключение.** У пациентов с высокой коморбидностью постоянная форма ФП встречалась чаще, чем со средней или низкой коморбидностью, а также эти пациенты чаще нуждались в коррекции антикоагулянтной терапии.

**Ключевые слова:** фибрилляция предсердий, индекс коморбидности Чарлсона, антикоагулянтная терапия.

---

## Введение

Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее распространенным и хорошо изученным нарушением сердечного ритма, на частоту возникновения которого способны влиять возраст, пол, хронические интоксикации, физические нагрузки, оперативные вмешательства, а также кардиальная и экстракардиальная патология, исходно имеющаяся у больного [1, 7]. Предполагаемая распространенность ФП у взрослого населения составляет от 2% до 4% в мире. По данным эпидемиологического исследования ЭПОХА ХСН, распространенность ФП в репрезентативной выборке Европейской части РФ составила 2,04%, или 2040 пациентов на 100000 населения [2]. Согласно прогнозам, к 2050 году распространенность ФП может возрасти более чем на 60%, достигнув 12,1 млн человек в США и 17,9 млн в Европе к 2060 году, что обусловлено прогрессирующим старением населения, а также связано с ростом влияния таких факторов риска развития аритмии, как артериальная гипертензия, ожирение, сахарный диабет, сердечная недостаточность, употребление алкоголя, курение [3]. Следует отметить, что распространенность ФП среди пожилых людей, в том числе при наличии коморбидных заболеваний, увеличивается [4]. Так в поперечном исследовании (ATRIA), включавшем 1,89 млн жителей США в возрасте 20 лет и старше, распространенность ФП составила 0,95% (95% доверительный интервал (ДИ) 0,94–0,96%), продемонстрировав рост с 0,1% среди лиц моложе 55 лет до 9,0% среди пациентов 80 лет и старше [5]. Кроме того, если проанализировать реальную клиническую и амбулаторную практику, то окажется, что

практически каждый, особенно возрастной пациент, страдающий ФП, имеет сопутствующую патологию. В дополнение к кардиологическим заболеваниям, выявленным в регистре РЕКВАЗА, включающем 1 тыс. кардиологических пациентов, в реальной клинической практике на этого же пациента дополнительно приходится еще 3-4 экстракардиальных заболевания [1].

**Цель исследования:** оценить индекс коморбидности у пациентов с ФП и его взаимосвязь с антикоагулянтной терапией.

### **Материалы и методы**

Проводился ретроспективный анализ 60 историй болезней пациентов, госпитализированных в терапевтическое отделение КГБУЗ Таймырской МРБ, имеющих в анамнезе фибрилляцию предсердий, из них 22 человека составляли мужчины (36,6%) и 38 человек – женщины (63,3%). Для всех пациентов был рассчитан индекс коморбидности Чарлсона (Charlson) (ИКЧ), который представляет собой оценку сопутствующих состояний в баллах. Сумма баллов колеблется от 0 до 40 и используется для прогнозирования смертности. Для получения общей оценки суммировали баллы, соответствующие сопутствующим заболеваниям, а также добавляли 1 балл на каждые 10 лет жизни при превышении пациентом 40-летнего возраста (50 лет – 1 балл, 60 лет – 2 балла и т.д.). На основании данных ИКЧ больные были разделены на 3 группы: 1 группа – ИК 1-2 балла – 11,7%, 2 группа – ИК 3-4 балла – 16,7%, 3 группа – ИК 5 и более баллов – 70,0%. Пациенты с ИК 0 баллов – 1,6% не включались в анализ. ФП преобладала среди пациентов пожилого (60–74 года) и старческого (75–89 лет) возраста – 27 (45%) и 19 (31,6%) человек соответственно. Проведен анализ антикоагулянтной терапии, оценена взаимосвязь ИКЧ и получаемой антикоагулянтной терапии пациентами с фибрилляцией предсердий.

Статистические методы обработки результатов исследования. Использовали возможности программы Microsoft Excel 2016, где была создана база данных, и программу Statistica 10.0 для Windows. Проводился расчет среднего значения (M) и стандартного отклонения (SD), поскольку

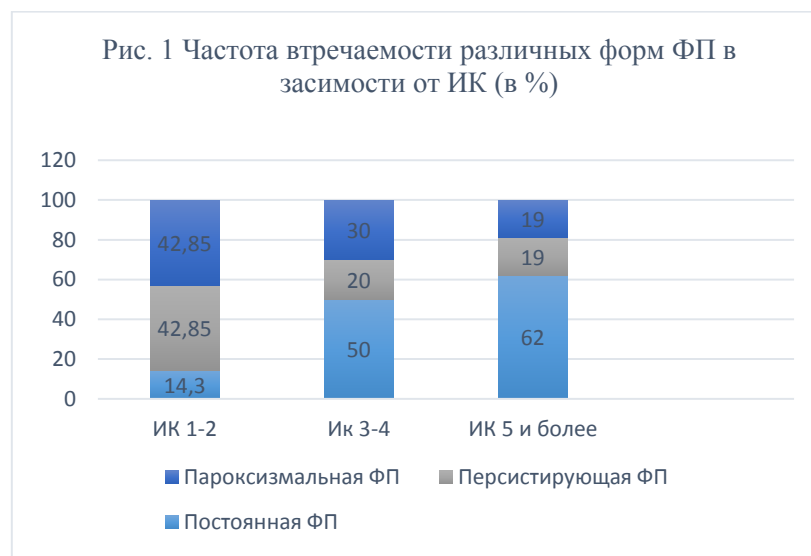
распределение признаков было нормальным. Для проверки гипотезы нормальности распределения использовался критерий Колмогорова-Смирнова. Для анализа различий частоты использовался критерий  $\chi^2$  Пирсона. За критический уровень статистической значимости принимали значение  $p < 0,05$ .

### **Результаты и обсуждение**

Наличие ФП было зарегистрировано с помощью ЭКГ, а также с помощью холтеровского мониторирования ЭКГ. Согласно классификации ФП, из 60 пациентов у 32 пациентов (53,4%) зарегистрирована постоянная форма ФП, у 14 пациентов (23,3%) – персистирующая и пароксизмальная форма с равной частотой. Постоянная форма ФП зарегистрирована в 2,3 раза чаще, чем персистирующая и пароксизмальная ( $\chi^2=11,4$ ;  $p < 0,001$ ). Среди пациентов с постоянной формой ФП женщины встречались несколько чаще, чем мужчины (22 женщины – 57,9% и 10 мужчин – 45,5%). Среди пациентов с персистирующей формой ФП гендерных различий не установлено (9 женщин – 23,7% и 5 мужчин – 22,7%). Пароксизмальная форма ФП незначительно чаще встречалась у мужчин, чем у женщин (7 женщин – 18,4% и 7 мужчин – 31,8%).

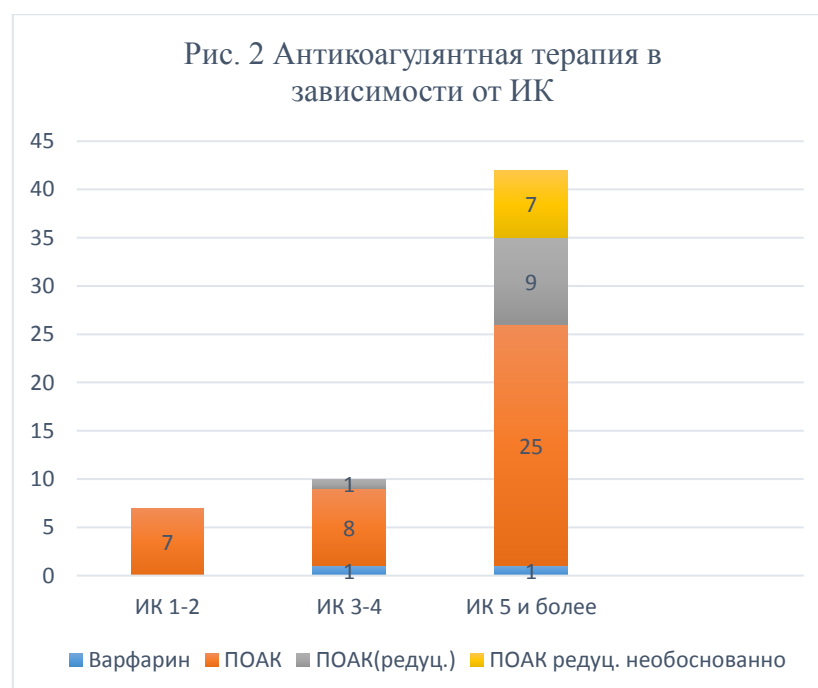
После расчета индекса коморбидности Чарлсона для каждого пациента и их последующего разделения на три группы по уровню коморбидности был проведен анализ частоты встречаемости различных форм ФП в зависимости от индекса коморбидности. На рисунке 1 представлено, что в группе пациентов, имеющих ИК 1-2 балла, постоянная форма ФП встречается в 3 раза реже (1 пациент – 14,3%), чем персистирующая ФП (3 пациента – 42,85%) и пароксизмальная (3 пациента – 42,85%) ( $\chi^2=15,9$ ;  $p < 0,001$ ). В группе пациентов с ИК 3-4 балла постоянная форма ФП (5 пациентов – 50,0%) встречается в 2,5 раза чаще, чем персистирующая форма ФП (2 пациента – 20,0%) ( $\chi^2=10,8$ ;  $p=0,006$ ) и в 1,6 раза чаще пароксизмальной формы (3 пациента – 30,0%) ( $\chi^2=6,3$ ;  $p=0,030$ ). В группе пациентов с ИК 5 и более баллов постоянная форма ФП (26 пациентов – 62%) регистрировалась в 3,4 раза чаще, чем персистирующая (8 пациентов

– 19,0%) и пароксизмальная формы (8 пациентов – 19,0%) ( $\chi^2=20,3$ ;  $p<0,001$ ). Пациенты 1 группы имеют постоянную форму ФП в 4,3 раза реже, чем пациенты 3 группы ( $\chi^2=16,9$ ;  $p<0,001$ ) и в 3,5 раза реже, чем больные 2 группы ( $\chi^2=17,3$ ;  $p=0,004$ ).



В России более 1 млн человек нуждаются в терапии антикоагулянтами. Долгое время варфарин был единственным пероральным антикоагулянтом для профилактики тромбоэмболических осложнений, и по-прежнему остается единственным разрешенным оральным антикоагулянтом с доказанной эффективностью и достаточной безопасностью у больных с клапанной ФП. У больных с неклапанной ФП альтернативой варфарину являются прямые ингибиторы фактора Ха (ривароксабан, апиксабан, эдоксабан) или прямые ингибиторы тромбина (дабигатран), которые в сравнении с варфарином не требуют лабораторного контроля, титрации дозы, имеют широкое терапевтическое «окно» и лучший профиль безопасности, оказывают более предсказуемое и стабильное антикоагулянтное действие и реже взаимодействуют с другими лекарственными средствами. Частота применения ПОАК в западных странах, по данным регистра GLORIA-AF, превысила частоту назначения варфарина. В России на данный момент использование ПОАК не превышает использования антагонистов витамина К, но тенденция к увеличению их доли наблюдается [6].

В нашем исследовании для профилактики тромбоэмболических осложнений всем пациентам с разной формой ФП была назначена антикоагулянтная терапия пероральными антикоагулянтами (ПОАК) или антагонистом витамина К (варфарин). Терапия варфарином назначалась пациентам с противопоказаниями для приема ПОАК, такими как клапанная патология и снижение СКФ менее 15 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>. Терапия ПОАК (апиксабан, ривароксабан) проводилась как в полной дозе, так и редуцированной. Показанием для снижения дозы апиксабана явилось наличие двух из 3-х критериев: вес менее 60 кг, возраст старше 80 лет, креатинин более 133 мкмол/л, а для снижения дозы ривароксабана – КК 49-15 мл/мин. Снижение дозы ПОАК потребовалось во 2 и 3 группе пациентов с учетом показаний для снижения. Во 2 группе пациентов с ИК 3-4 балла из 9 пациентов, получающих ПОАК, коррекция дозы потребовалась в 1 случае (11,1%) на основании вышеописанных критериев. В группе пациентов с ИК 5 и более баллов доза ПОАК была редуцирована в 16 случаях (39,0%), причем обоснованное снижение дозы было в 9 случаях (56,25%), а в 7 случаях (43,75%) снижение дозы ПОАК проведено необоснованно. При сравнении всех трех групп пациентов можно сделать вывод, что коррекция дозы антикоагулянтной терапии ПОАК требовалась только во 2 и 3 группе пациентов, причем в 2 раза чаще в 3 группе, чем во 2-ой ( $\chi^2=7,9$ ;  $p=0,028$ ) (при учете только обоснованного снижения дозы ПОАК) (рис. 2).



Примечание: ИК – индекс коморбидности Чарлсона, ПОАК – пероральные антикоагулянты.

## Заключение

Возрастающая распространенность ФП представляет собой значимую проблему для современного здравоохранения. В клинической практике наблюдается рост числа пациентов с ФП и полиморбидной патологией, что подтверждается по индексу коморбидности Чарлсона. В нашем исследовании показано, что пациенты с низким индексом коморбидности имеют постоянную форму ФП в 4,3 раза реже, чем пациенты с высоким индексом коморбидности ( $\chi^2=16,9$ ;  $p<0,001$ ) и в 3,5 раза реже, чем больные со средним индексом коморбидности ( $\chi^2=17,3$ ;  $p=0,004$ ). Анализ антикоагулянтной терапии у пациентов трех групп с разным уровнем коморбидности показал, что в группе с ИК 5 и более в 2 раза чаще требовалась коррекция дозы ПОАК, чем в группе с ИК 3-4 балла, а у пациентов с ИК 1-2 балла коррекция дозы не требовалась вовсе. Также можно отметить, что в 13,7% случаев (8 пациентов из 58, получающих терапию ПОАК) больные получали недостаточную дозу антикоагулянта для профилактики ТЭО.

## Список литературы:

1. Скотников А.С., Алгиян Е.А., Сизова Ж.М. Коморбидный больной фибрилляцией предсердий в реальной клинической практике. *Российский кардиологический журнал*. 2020; 25(11): 4178. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2020-4178>.
2. Клинические рекомендации: Фибрилляция и трепетание предсердий. 2025 г.
3. Канорский С.Г., Галенко-Ярошевский П.А., Алексеенко С.Н., Голицыны С.П. Фибрилляция предсердий: вчера, сегодня, завтра. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2025; 32(3): 107-120. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2025-32-3-107-120>.

4. Аббасова Л.Я. Выявление коморбидной патологии при фибрилляции предсердий. *Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний*. 2023; 11(40): 39-46. <https://doi.org/10.24412/2311-1623-2023-40-39-46>.

5. Телкова С.С., Кочетков А.И., Воробьева А.Е. и др. К вопросу о структуре сопутствующих заболеваний и назначении антикоагулянтной терапии у пациентов пожилого и старческого возраста с фибрилляцией предсердий. *Эффективная фармакотерапия*. 2023; 19 (55): 30–37. <https://doi.org/10.33978/2307-3586-2023-19-55-30-37>.

6. Скирденко Ю.П., Николаев Н.А., Ливзан М.А., Ершов А.В. Антикоагулянтная терапия при фибрилляции предсердий в реальной практике: проблемы и перспективы. *Вестник РАМН*. 2019; 74(2): 98–107. <https://doi.org/10.15690/vramn1116>.

7. Руководство ESC 2024 года по ведению пациентов с фибрилляцией предсердий: основные положения. *Бюллетень медицинской науки*. 2025; 1(37): 115-121. <https://doi.org/10.31684/25418475-2025-1-115>. – EDN PKSTLY.

#### **Информация об авторах:**

Перова Ольга Александровна – ординатор 2-го года АГМУ, кафедра факультетской терапии и гериатрии.

Пырикова Наталья Викторовна – д. м. н, доцент, профессор кафедры факультетской терапии и гериатрии, АГМУ, г. Барнаул. ORCID: 0000-0003-4387-7737.

Осипова Ирина Владимировна – д. м. н., профессор, зав. кафедрой факультетской терапии и гериатрии, АГМУ, г. Барнаул. ORCID iD: 0000-0002-6845-6173.

---

#### **Как цитировать:**

Перова О. А., Пырикова Н. В., Осипова И. В. Оценка индекса коморбидности у пациентов с фибрилляцией предсердий. *Scientist*. 2026; 2 (32): 1-9.

---

