

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, СОСТОЯЩИХ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ В КАБИНЕТЕ ХСН

<sup>1</sup>Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

<sup>2</sup>Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн, г. Барнаул

Романова С. А.<sup>1,2</sup>, Дехарь В. В.<sup>1</sup>, Танков С. В.<sup>1</sup>

E-mail: [sofijin@mail.ru](mailto:sofijin@mail.ru)

---

**Цель.** Оценить распространенность синдрома старческой астении (ССА) и преастении среди пациентов 75–90 лет с фибрилляцией предсердий (ФП) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

**Материалы и методы.** В одномоментное исследование включено 102 пациента (63 женщины, 39 мужчин) в возрасте от 75 до 90 лет с подтвержденной ФП и ХСН. Все пациенты наблюдались в кабинете ХСН в КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн» не менее 12 месяцев. Скрининг старческой астении проводили с использованием опросника «Возраст не помеха».

**Результаты.** Синдром старческой астении выявлен у 66 пациентов (64,7%), преастения – у 19,6% (20 человек), без старческой астении – у 15,7% (16 человек). Среди городских жительниц (n=41) преастения диагностирована у 29,3% (12 женщин), астения – у 70,7% (29 женщин). Среди сельских жительниц (n=22) астения выявлена у 100% (22 человек), случаев преастении не зарегистрировано ( $p<0,001$ ). У мужчин: среди городских жителей (n=20) преастения – у 40,0% (8 человек), астения – у 60,0% (12 человек); среди сельских жителей (n=19) преастения – 42,1% (8 человек), астения – 57,9% (11 человек). Значимых различий между городскими и сельскими мужчинами не выявлено ( $p=0,89$ ). Сохраненная фракция выброса (>50%) преобладала у женщин, проживающих в городе (33 из 41, 80,5%), и у мужчин обеих групп (город – 18 из 20, 90,0% село – 18 из 19, 94,7%). Умеренно низкая ФВ (41–49%) отмечена у 8 женщин, проживающих в городе, 2 женщин, проживающих в селе, 2 городских мужчин и 1 сельского мужчины. Низкая ФВ (<40%) зарегистрирована только у 1 женщины, проживающей в селе.

**Заключение.** В исследуемой когорте пациентов с ФП и ХСН старческого возраста (75–90 лет) доля лиц с синдромом старческой астении составила 64,7%. Женщины, проживающие в сельской местности, оказались наиболее уязвимой группой.

**Ключевые слова:** фибрилляция предсердий, хроническая сердечная недостаточность, синдром старческой астении, преаестения, фракция выброса.

---

## **Введение**

Сочетание фибрилляции предсердий (ФП) и хронической сердечной недостаточности (ХСН) в пожилом и старческом возрасте является одним из наиболее сложных вызовов для современной амбулаторной кардиологии. Оба состояния взаимно отягощают течение друг друга, повышая риск госпитализаций, тромбоэмболических осложнений и летальности [1, 2]. Вместе с тем в последние годы все большее внимание уделяется синдрому старческой астении (ССА) – состоянию, отражающему возрастное снижение физиологических резервов и уязвимость к стрессорным воздействиям [3].

В рутинной практике кабинетов ХСН скрининг астении проводится редко, а данные о ее распространенности среди пациентов с ФП и ХСН в зависимости от места проживания (город/село) и пола остаются фрагментарными. Между тем именно эти факторы могут существенно влиять на доступность медицинской помощи, приверженность терапии и функциональный статус. Наше исследование представляет собой попытку восполнить этот пробел на примере реальной амбулаторной когорты.

**Цель исследования:** оценить распространенность синдрома старческой астении (ССА) и преаестении среди пациентов 75–90 лет с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью.

## **Материалы и методы**

Проведено одномоментное (поперечное) исследование на базе кабинета хронической сердечной недостаточности КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн». Кабинет осуществляет

диспансерное наблюдение пациентов с ХСН с 2023 года. В настоящее время под наблюдением находится 563 человека.

Критериями включения в исследование являлись: возраст 75–90 лет (полных лет на момент включения), документированная фибрилляция предсердий (любая форма, подтвержденная ЭКГ или холтеровским мониторингом за последние 12 месяцев), хроническая сердечная недостаточность, наблюдение в кабинете ХСН не менее 12 месяцев, подписанное информированное согласие.

Критериями исключения являлись: активные онкологические заболевания, тяжелые когнитивные нарушения, препятствующие участию в опросе, терминальная стадия ХСН, ожидаемая продолжительность жизни менее 6 месяцев по клиническим оценкам.

Всего было осмотрено 117 пациентов, соответствовали критериям и дали согласие 102 человека. При сборе данных для каждого пациента фиксировали: пол, возраст (с точностью до года), место проживания (город/село), функциональный класс ХСН по NYHA, фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) по данным эхокардиографии по Симпсону, выполненной в предшествующие 6 месяцев. Сохраненная ФВ (>50%), умеренно сниженная (41–49%), низкая (<40%). Скрининг синдрома старческой астении проводили на основании опросника «Возраст не помеха» (Morse et al., 2011) на русскоязычной валидированной версии. При 0–2 баллах пациент считался без признаков астении, скрининг завершался. При 3–4 баллах – преастения (требовала подтверждения фенотипированием), при ≥6 баллах – высокий риск астении.

Статистическая обработка выполнена с использованием пакета SPSS Statistics 26.0 (IBM Corp.). Для сравнения категориальных переменных применяли критерий  $\chi^2$  Пирсона (при ожидаемых частотах >5) и точный критерий Фишера (при меньших ожидаемых частотах). Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ . Проверку распределения количественных признаков на нормальность проводили с использованием критерия Колмогорова-Смирнова. Для сравнения двух независимых групп

по количественным показателям использовали t-критерий Стьюдента (при нормальном распределении) или U-критерий Манна-Уитни (при отсутствии нормальности). Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

### Результаты

В исследование было включено 102 пациента. Средний возраст –  $81,3 \pm 4,2$  года. Женщины составили 61,8% ( $n=63$ ), мужчины – 38,2% ( $n=39$ ). Распределение по месту проживания: город – 59,8% (61 человек), сельская местность – 40,2% (41 человек). Гендерный состав респондентов распределился следующим образом: среди женщин 41 человек проживает в городской местности, 22 — в сельской. Среди мужчин городское население составило 20 человек, сельское — 19.

Распространенность синдрома старческой астении и преастении представлена в таблице 1.

Таблица 1

#### Распределение пациентов по фенотипам старческой астении

| Фенотип                    | Абс. число ( $n=102$ ) | %    |
|----------------------------|------------------------|------|
| Без признаков астении      | 16                     | 15,7 |
| Преастения                 | 20                     | 19,6 |
| Синдром старческой астении | 66                     | 64,7 |

Таким образом, доля пациентов с ССА составила 64,7%, а с учетом преастении – 84,3%. Наиболее выраженные различия выявлены в группе женщин, составивших 61,8% ( $n=63$ ) от общего количества участников. Среди городских жительниц ( $n=41$ ) преастения наблюдалась у 29,3% (12 человек), ССА – у 70,7% (29 человек). А среди сельских жительниц ( $n=22$ ) преобладала ССА – 100% (22 человека), преастения не была выявлена. Различия среди женщин, проживающих в городской и сельской местности, были статистически значимы ( $p < 0,001$ ).

В группе мужчин ( $n=39$ ) отсутствие указанных различий было зафиксировано в 38,2% случаев. При анализе по месту проживания получены следующие данные: среди городских жителей ( $n=20$ ) преастения выявлена у 40,0% (8 чел.), ССА — у 60,0% (12 чел.); среди сельских жителей ( $n=19$ ) показатели составили 42,1% (8 чел.) и 57,9% (11 чел.) соответственно. Различия среди мужчин, проживающих в городской и сельской местности, не установлены ( $p=0,89$ ).

Следовательно, наиболее уязвимой группой оказались женщины, проживающие в сельской местности – все пациентки имели развернутый синдром старческой астении.

В общей выборке соотношение преастении к ССА составило 1:3,3. Однако в подгруппах это соотношение существенно варьировало. Так, у городских женщин показатель составил 1:2,4, тогда как у сельских женщин преастения не наблюдалась (0:1). Среди мужчин значения были более сопоставимыми: 1:1,5 для городских жителей и 1:1,4 для сельских.

В таблице 2 представлена характеристика систолической функции левого желудочка и распределение по фракции выброса.

Таблица 2

## Характеристика систолической функции левого желудочка

| Группа                       | Сохраненная ФВ<br>( $>50\%$ ) | Умеренно низкая<br>(41–49%) | Низкая<br>( $<40\%$ ) |
|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Женщины,<br>город ( $n=41$ ) | 33 (80,5%)                    | 8 (19,5%)                   | 0                     |
| Женщины, село<br>( $n=22$ )  | 19 (86,4%)                    | 2 (9,1%)                    | 1 (4,5%)              |
| Мужчины,<br>город ( $n=20$ ) | 18 (90,0%)                    | 2 (10,0%)                   | 0                     |
| Мужчины, село<br>( $n=19$ )  | 18 (94,7%)                    | 1 (5,3%)                    | 0                     |

Обращает на себя внимание, что у мужчин низкой фракции выброса (<40%) не зарегистрировано ни в одной подгруппе. Единственный пациент с низкой ФВ – сельская жительница 84 лет, у которой также диагностирована старческая астения.

### **Обсуждение**

Наше исследование показало, что в реальной амбулаторной практике среди пациентов старческого возраста (75–90 лет) с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью доля лиц с синдромом старческой астении составляет 64,7%. Это значительно выше, чем в общей популяции лиц старше 75 лет (по данным европейских эпидемиологических исследований – 25–35%) [4, 5], что объясняется двойным бременем коморбидности – сочетанием ФП и ХСН, которые сами по себе являются мощными факторами прогрессирования астении.

Наиболее значимым результатом, на наш взгляд, является выявленное различие между женщинами – городскими и сельскими жительницами. Если среди горожанок доля ССА составила 70,7%, то среди жительниц села – 100%. У мужчин такой закономерности не отмечено. Это может быть связано с несколькими факторами:

- более низкой доступностью специализированной кардиологической помощи в сельской местности;
- высокой физической нагрузкой в прошлом, которая при отсутствии адекватной реабилитации приводит к более раннему развитию саркопении;
- социально-экономическими факторами и более низкой приверженностью терапии;
- особенностями самовосприятия здоровья и обращения за медицинской помощью у женщин старшего поколения в сельской местности.

В доступной литературе мы не встретили работ, специально анализирующих распространенность ССА у пациентов с ФП и ХСН в зависимости от места проживания. Наши данные позволяют предположить,

что женщины, проживающие в сельской местности, старше 75 лет с ФП и ХСН требуют особого внимания и, вероятно, нуждаются в более активном гериатрическом сопровождении.

Интересным представляется и распределение по фракции выброса. У мужчин в нашем исследовании преобладала сохраненная ФВ (>50% – 90–95%), тогда как случаи умеренно сниженной ФВ встречались редко, а случаев низкой ФВ отмечено не было. Это может отражать как особенности течения ХСН у мужчин в старческом возрасте, так и возможную селекцию выживших (мужчины с низкой ФВ могли не дожить до 75–90 лет). У женщин, напротив, зарегистрировано больше случаев умеренно сниженной и даже низкой ФВ, что согласуется с данными о более высокой распространенности ХСН с сохраненной ФВ у женщин в старших возрастных группах [6], но в нашем случае часть пациенток имела систолическую дисфункцию.

### **Ограничения исследования**

Наше исследование имеет ряд ограничений. Во-первых, одномоментный дизайн не позволяет установить причинно-следственные связи. Во-вторых, выборка ограничена одним кабинетом ХСН, что может влиять на генерализуемость результатов. В-третьих, мы не оценивали когнитивный статус формальными методами (MoCA, Mini-Cog), хотя когнитивные нарушения часто сопутствуют ССА и могут влиять на приверженность терапии. В-четвертых, разделение на «город» и «село» проводилось по месту регистрации, без учета фактического проживания и доступности медицинской помощи.

### **Заключение**

В когорте пациентов 75–90 лет с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью, наблюдающихся в амбулаторном кабинете ХСН, синдром старческой астении выявлен у 64,7%. Женщины, проживающие в сельской местности, представляют собой группу максимального риска ССА. У мужчин значимых различий между городом и селом не обнаружено. Полученные данные обосновывают

необходимость дифференцированного подхода к ведению пациентов с учетом места проживания и пола, а также внедрения гериатрического скрининга в рутинную практику кабинетов ХСН.

### Список литературы:

1. Kornej J., Börschel C.S., Benjamin E.J., Schnabel R.B. Epidemiology of Atrial Fibrillation in the 21st Century: Novel Methods and New Insights. *Circ Res*. 2020; 127(1): 4-20. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.120.316340>.
2. Тучков А.А., Гоголашвили Н.Г., Яскевич Р.А. Хроническая сердечная недостаточность у лиц пожилого и старческого возраста с фибрилляцией предсердий, включенных в госпитальный регистр КРАФ. *Клиническая геронтология*. 2020; 26(7-8): 22-25. <https://doi.org/10.26347/1607-2499202007-08022-025>. – EDN BVYZLU.
3. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К. и др. Старческая астения: клинические рекомендации. *Российский журнал гериатрической медицины*. 2020; (1): 11-46. <https://doi.org/10.37586/2686-8636-1-2020-11-46>. – EDN JCMOSK.
4. O’Caoimh R., Sezgin D., O’Donovan M.R., et al. Prevalence of frailty in 62 countries across the world: a systematic review and meta-analysis of population-level studies. *J Am Med Dir Assoc*. 2021; 22(3): 556-565. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa219>.
5. Wilkinson C., Todd O., Clegg A., et al. Management of atrial fibrillation for older people with frailty: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2019; 48(2): 196-203. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy180>.
6. Dunlay S.M., Roger V.L., Redfield M.M. Epidemiology of heart failure with preserved ejection fraction. *Nat Rev Cardiol*. 2017; 14(10): 591-602. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2017.65>.
7. Танков С.В., Дехарь В.В. Синдром старческой астении у больных с хронической сердечной недостаточностью. *Scientist (Russia)*. 2025; 2(31): 27-29. – EDN MLSZXH.

---

### Как цитировать:

Романова С. А., Дехарь В. В., Танков С. В. Распространенность синдрома старческой астении среди пациентов с фибрилляцией предсердий, состоящих на диспансерном учете в кабинете ХСН. *Scientist (Russia)*. 2026; 3 (32): 17-24.

---