

## **СИНДРОМ УТОМЛЕНИЯ КАК КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

**Т. Ю. Буканова, В. А. Иванов, Н. И. Павлова**

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

Утомление является одним из основных симптомов хронической сердечной недостаточности (ХСН). Различные аспекты этого состояния объединены в синдром усталости (СУ). Однако возможности его оценки и связь с тяжестью ХСН изучены недостаточно.

Цель исследования: определение степени тяжести СУ и его роли в диагностике ХСН.

Материалы и методы: обследовано 40 больных (25 мужчин и 15 женщин) в возрасте от 40 до 85 лет (медиана возраста 63 года) с признаками ХСН I-IV функциональных классов (ФК) и длительностью заболевания от полугода до 15 лет. У всех пациентов, кроме клинического обследования, проводилась ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, рассчитывался индекс массы тела (ИМТ) по Кетле. Оценка клинического состояния больных осуществляли в баллах по шкале ШОКС (в модификации Мареева В. Ю., 2000). Для исследования толерантности больных к физической нагрузке использовали тест 6-минутной ходьбы (ТШХ). Степень выраженности СУ у всех пациентов определяли по анкете (АУ) и визуальной аналоговой шкале (ВАШ) (Коц Я.И., Яковлева Н.Д., 2007)

Результаты: основными причинами развития ХСН у больных были инфаркт миокарда (ИМ) – 16 (39 %) и постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) – 20 (50 %). Сочетание ПИКС и артериальной гипертензии (АГ) выявлено у 21 (51 %) человека, ПИКС и стенокардии – у 8 (20 %), ПИКС и ИМ – у 3 (6,5 %) больных. Из заболеваний, значимых для развития ХСН, обнаружены сахарный диабет (СД) 2 типа – у 3 (6,5 %) больных, избыточная масса тела (ИМТ 25-30 кг/м<sup>2</sup>) – у 14 (36 %) и ожирение I-III степени (ИМТ более 30 кг/м<sup>2</sup>) – у 22 (55 %). Сочетание СД и АГ выявлено у 8 (20 %) пациентов. В 17 (42 %) случаях зарегистрированы нарушения ритма и проводимости, такие как желудочковая экстрасистолия – 5 (13 %), постоянная форма фибрилляции предсердий - 3 (6,5%), внутрижелудочковые блокады - 8 (20 %). По данным ЭКГ и ЭхоКГ у 17 (42 %) пациентов определялась гипертрофия обоих желудочков. Фракция выброса была снижена у 21 (53 %). Систолическая дисфункция левого желудочка выявлена в 7 (19 %), диастолическая – в 22 (55 %) случаях. Легочная гипертензия обнаружена у 8 (20 %). По результатам ШОКС, у 17 (42 %) больных ХСН соответствовала I ФК (1-3 балла), 18 (45 %) – II ФК (4-6 баллов), 4 (10 %) – III ФК (7-9 баллов) и 1 (3 %) пациента – IV ФК (свыше 9 баллов). Оценка степени СУ у больных ХСН показала, что у 21 (52 %) больных имелся

значительный, у 12 (29 %) – умеренный, у 5 (13 %) - максимальный и только у 3 (6,5 %) – минимальный СУ. ТШХ показал четкую связь с выраженностью СУ. Так, у больных с максимальным СУ дистанция 6-минутной ходьбы составила не более 70-100 м, тогда как пациенты с легким или умеренным СУ проходили за это время от 400 до 550 м. Сопоставление выраженности СУ с ФК ХСН по ШОКС и АУ выявило высокую степень корреляции ( $r=0,8\pm 0,11$ ,  $P<0,001$ ), а по ВАШ – умеренную прямую связь ( $r=0,57\pm 0,15$ ,  $P<0,001$ ). Однако легкий СУ редко регистрировался у больных с начальными стадиями ХСН (6 случаев – 15 %). Чаще в этот период отмечались умеренный или выраженный СУ (34 больных – 85 %).

Выводы: выделение и определение степени тяжести СУ является важным для полноценной и ранней диагностики ХСН. Представленные оригинальные методы исследования СУ могут быть использованы в широкой клинической практике, в том числе для выбора тактики дальнейшего ведения больных.