

# Артеріальна гіпертензія і коморбідне хронічне обструктивне захворювання легень: якість життя та структурно-функціональний стан серця

Т.З. Буртняк, В.А. Потабашний, В.І. Фесенко

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Кривий Ріг

**Мета дослідження:** аналіз якості життя пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) залежно від клінічних груп ХОЗЛ та структурно-функціональних показників серця.

**Матеріали та методи.** У дослідженні взяли участь 70 чоловіків з АГ у поєднанні з ХОЗЛ з клінічними групами А, В, С, D, які увійшли до основної групи і 30 практично здорових осіб – група контролю. Якість життя (ЯЖ) пацієнтів оцінювали за допомогою опитувальників Short Form Medical Outcomes Study (SF-36) та State George Respiratory Questionnaire (SGRQ).

**Результати.** Аналіз опитувальника SF-36 продемонстрував зміни ролі фізичних проблем та загального стану здоров'я у клінічній групі С, встановлені за рахунок впливу тяжкості АГ. Погіршення психологічного компоненту обумовлене зниженням показників життєвої активності у клінічній групі В і С та рольового емоційного стану у клінічній групі С, що свідчить про вплив вираженості бронхіальної обструкції ХОЗЛ та ступеня АГ у даній групі пацієнтів. Згідно з SGRQ, найбільш виражена симптоматика та вплив захворювання на загальний стан організму відзначається у пацієнтів клінічної групи D.

**Висновки.** У пацієнтів з поєднаною патологією АГ та ХОЗЛ достовірно знижені всі показники психічного та фізичного здоров'я. Встановлений взаємообтяжливий вплив обмеженої фізичної та психологічної життєдіяльності організму на стан гемодинаміки, що проявляється зміною структурно-функціонального стану серця у пацієнтів з АГ у поєднанні з ХОЗЛ.

**Ключові слова:** артеріальна гіпертензія, хронічне обструктивне захворювання легень, якість життя, коморбідна патологія, структурно-функціональний стан серця.

## Arterial hypertension and comorbid chronic obstructive pulmonary disease: quality of life and structural and functional state of the heart

T.Z. Burtniak, V.A. Potabashniy, V.I. Fesenko

**The objective:** to analyze the quality of life of patients with arterial hypertension (AH) in combination with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), depending on clinical groups of COPD and structural and functional indicators of the heart.

**Materials and methods.** The study included 70 men with arterial hypertension combined with COPD with clinical groups A, B, C, D, which formed the main group and 30 healthy people – the control group. Patients' quality of life (QOL) was evaluated using the Short Form Medical Outcomes Study (SF-36) and the State George Respiratory Questionnaire (SGRQ).

**Results.** An analysis of the SF-36 questionnaire revealed changes in the role of physical problems and general health in clinical group C established through influence the severity of hypertension. The deterioration of the psychological component is appointed to the decrease in indicators of life activity in clinical group B and C and the role of emotional state in clinical group C, which testifies to the influence of the severity of bronchial obstruction of COPD and the grade of hypertension in this group of patients. According to SGRQ, the most pronounced symptomatology and impact of the disease on the general condition of the organism is noted in patients in clinical group D.

**Conclusion.** It was found that in patients with combined pathology of hypertension and COPD, all indicators of mental and physical health were significantly reduced. The mutual aggravating effect of the limited physical and psychological vital activity of the organism on the hemodynamic condition, which is manifested by the change of the structural-functional state of the heart in patients with hypertension in combination with COPD, has been established.

**Key words:** arterial hypertension, chronic obstructive pulmonary disease, quality of life, comorbid pathology, structural and functional state of the heart.

## Артериальная гипертензия и коморбидная хроническая обструктивная болезнь легких: качество жизни и структурно-функциональное состояние сердца

Т.З. Буртняк, В.А. Потабашний, В.И. Фесенко

**Цель исследования:** анализ качества жизни пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в зависимости от клинических групп ХОБЛ и структурно-функциональных показателей сердца.

**Материалы и методы.** Обследованы 70 мужчин с АГ в сочетании с ХОБЛ с клиническими группами А, В, С, D, которые вошли в основную группу и 30 практически здоровых лиц – группа контроля. Качество жизни (КЖ) пациентов оценивали с помощью опросников Short Form Medical Outcomes Study (SF-36) и State George Respiratory Questionnaire (SGRQ).

**Результаты.** Анализ опросника SF-36 продемонстрировал изменение роли физических проблем и общего состояния здоровья в клинической группе С, что связано с влиянием тяжести АГ. Ухудшение психологического компонента обусловлено снижением показателей жизненной активности в клинической группе В и С и рольового эмоционального состояния в клинической группе С, что свидетельствует о влиянии выраженности бронхиальной обструкции ХОБЛ и степени АГ у пациентов данной группы. Согласно SGRQ, наиболее выраженная симптоматика и влияние заболевания на общее состояние организма отмечается у пациентов клинической группы D.

**Заключение.** У пациентов с сочетанной патологией АГ и ХОБЛ достоверно снижены все показатели психического и физического здоровья. Установлено неблагоприятное влияние ограниченной физической и психологической жизнедеятельности организма на состояние гемодинамики, что проявляется изменением структурно-функционального состояния сердца у пациентов с АГ в сочетании с ХОБЛ.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, хроническая обструктивная болезнь легких, качество жизни, коморбидная патология, структурно-функциональное состояние сердца.

В Україні на хвороби системи кровообігу страждають близько 22,3 млн осіб, тобто 52,4% усього населення [1]. Артеріальна гіпертензія (АГ) є одним з найпоширеніших захворювань у світі. В Україні станом на 01.01.2018 року кількість пацієнтів з АГ становила 10 385 533 осіб [6].

Серед пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) поширеність АГ становить більше 50% і негативно впливає на частоту госпіталізацій та ризик смерті. Усе частіше зустрічається поєднання АГ з ХОЗЛ, що становить близько 34,3% [7]. Спільними факторами ризику визначено паління (високий відсоток курців як серед чоловічого, так і жіночого населення), низька фізична активність, надмірна маса тіла, хронічна апное під час сну, вплив несприятливих екологічних і професійних чинників [5].

Серйозною проблемою є захворюваність пацієнтів працездатного віку, оскільки загострення АГ та ХОЗЛ призводять до пропуску робочих днів, що спричинює втрату працездатності в подальшому. У свою чергу висока соціальна значущість потребує вивчення якості життя (ЯЖ) при поєднаних захворюваннях АГ та ХОЗЛ. Відомо, що особливості зміни геометрії лівого шлуночка при поєднаних захворюваннях АГ та ХОЗЛ залежать як від рівня артеріального тиску, так і від гіпертрофії лівого шлуночка та вираженості гіпоксії, тому зміни морфологічних та функціональних параметрів серця у пацієнтів з поєднаною патологією становлять одну з невід'ємних характеристик даного захворювання [4].

Актуальною в практиці сімейного лікаря є проблема АГ у поєднанні з ХОЗЛ як коморбідної патології, оскільки обидві хвороби мають взаємний обтяжливий вплив. Одним із визначальних факторів, що обмежують ЯЖ і прогноз у таких пацієнтів є зниження фізичної та психічної активності.

**Мета дослідження:** аналіз якості життя у пацієнтів з АГ у поєднанні з ХОЗЛ залежно від клінічних груп ХОЗЛ та структурно-функціональних показників серця.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні взяли участь 70 чоловіків з АГ II стадії 2-го та 3-го ступенів у поєднанні з ХОЗЛ II–III ступеня та клінічними групами А, В, С, D і 30 практично здорових осіб репрезентативних за віком та статтю. Усі пацієнти надали добровільну згоду на участь у дослідженні згідно з Гельсінської декларацією 2000 року.

Методи дослідження включали:

1) загально-клінічне обстеження:

- збір скарг,
- анамнестичні дані,

2) інструментальні методи дослідження:

- електрокардіографія (ЕКГ);
- вимірювання офісної артеріального тиску (АТ);
- амбулаторне добове вимірювання АТ з визначенням середньодобового систолічного АТ (САТ) та діастолічного АТ (ДАТ), середньоденного САТ та ДАТ, середньонічного САТ та ДАТ;
- спірометрію з визначенням об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1), форсованої життєвої ємності легень (ФЖЄЛ), модифікованого індексу Тифно (ОФВ1/ФЖЄЛ).

Структурно-функціональний стан серця досліджували за допомогою ЕхоКГ визначали за стандартною методикою. Дослідження виконували на апараті «Sonos-1000» фірми HewlettPackard за допомогою механічного датчика потужністю 3,5 Мгц. Визначали товщину задньої стінки лівого шлуночка (ТЗСЛШ) та міжшлуночкової перегородки (ТМШП), кінцево-діастолічний розмір ЛШ (КДР ЛШ), кінцево-систолічний розмір ЛШ (КСР ЛШ), масу міокарда ЛШ (ММЛШ), індекс МЛШ (ІМЛШ), ударний об'єм (УО) та фракцію викиду (ФВ). Відносно товщини стінки ЛШ розраховували за відношенням суми ТМШП та ТЗСЛШ до КДР ЛШ. ІМЛШ визначався відповідно до площі поверхні тіла та за формулою:

$$\text{МЛШ (г)} = 1,04 \times ((\text{КДР} + \text{ММШП} + \text{ЗСЛШ})^3 - \text{КДР}^3) \times 0,8 + 0,6$$

Розміри встановлювали згідно з рекомендаціями Американського товариства з ехокардіографії (АТЕ) та Європейської ехокардіографічної асоціації (ЄЕА) [12].

АГ поділяли залежно від стадії і ступеня підвищення АТ відповідно до Наказу МОЗ України № 384 від 24.05.2012 року та рекомендацій Європейського товариства кардіологів та Української асоціації кардіологів (2018) [3, 8].

За тяжкістю ХОЗЛ пацієнтів поділено на клінічні групи згідно з Керівництвом GOLD 2017–2019 та Наказом МОЗ України № 555 від 27.06. 2013 року [2, 9–11].

ЯЖ пацієнтів оцінювали за допомогою опитувальників. Стандартизований неспецифічний опитувальник SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status) із 36 запитань з визначенням фізичного та психічного статусу.

Фізичний компонент здоров'я включає показники:

- 1) фізична активність (PF);
- 2) роль фізичних проблем (RP);
- 3) інтенсивність болю (BP);
- 4) загальний стан здоров'я (GH).

Критерії психічного компоненту:

- 1) психічне здоров'я (MH);
- 2) роль емоційного стану (RE);
- 3) соціальне функціонування (SF);
- 4) життєва активність (VT).

Максимальне значення для всіх шкал за повної відсутності обмежень чи порушень здоров'я становить 100. Чим вищий показник по кожній шкалі, тим кращою є ЯЖ за цим параметром.

Аналіз ЯЖ також проводили за респіраторним опитувальником госпіталю святого Георгія – State George Respiratory Questionnaire (SGRQ). В якості оціночних параметрів застосовуються чотири узагальнених шкали: «Симптоми», «Активність», «Вплив», «Сума». Сто балів відповідають найгіршій оцінці стану здоров'я, 0 балів – найкращому.

Аналіз та статистичне оброблення матеріалу проводили за допомогою програми «Excel» (Microsoft Office 2016). Математико-статистичний аналіз результатів дослідження проводили за допомогою пакета прикладних програм «Microsoft Excel 2010» ліцензійної програми STATISTICA 10.0 (StatSoft Inc.) з розрахуванням медіани з міжквартильним діапазоном (Me [25–75%]). Кореляційний аналіз з визначенням коефіцієнту кореляції Спірмена (r). Для порівняння незалежних груп використовували непараметричний критерій Манна–Уїтні (U). За достовірні відмінності вважали величину  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У дослідження увійшли 70 чоловіків. АГ 2-го ступеня виявлено у 49 (70%) пацієнтів, 3-го ступеня – у 21 (30%) пацієнта у поєднанні з ХОЗЛ з клінічними групами: А – 10 (14,3%) пацієнтів, В – 25 (35,7%) пацієнтів, С – 13 (18,6%) пацієнтів, D – 22 (31,4%) пацієнта. Середній вік основної групи у середньому становив 60 [55;68] років, контрольної – 59 [49;67] років. Тривалість паління відповідно становила 21 [7;35] та 17 [4;30] років. Тривалість АГ в основній групі становила 13 [8;19], а ХОЗЛ – 13 [6;19] років. Кількість загострень АГ 2,5 [2;3] разів, ХОЗЛ – 2 [1;3] рази на рік. ТОХ – 19 [15;23] балів, мМДР – 3 [1;4] бали.

Під час проведення спірометрії виявлено достовірні відмінності у пацієнтів основної та контрольної групи. ОФВ1 в основній групі складав 48 [36;60]%, в контрольній – 90 [80;100]% відповідно. ФЖЄЛ в основній групі – 58 [46;69]%, контрольній – 95 [90;100]%. ОФВ1/ФЖЄЛ – 0,64 [0,49;0,77] та 0,85 [0,75;0,90] відповідно. Частота серцевих скорочень (ЧСС) становила 83 [76; 88]/хв та 72 [70;78]/хв. Частота дихання (ЧД) 20 [20;22]/хв та 16 [15;16]/хв.

Загальноклінічна характеристика пацієнтів

Характеристика	Основна група, n=70	Контрольна група, n=30
Вік, роки	60 [55;68]	59 [49;67]
Пачкороки	21 [7;35]	17 [4;30]
Паління, n (%)	43 (61,4)	16 (53,3)
Тривалість АГ, роки	13 [8;19]	-
Тривалість ХОЗЛ, роки	13 [6;19]	-
Кількість загострень з АГ за рік, n	2,5 [2;3]	-
Кількість госпіталізацій з ХОЗЛ за рік, n	2 [1;3]	-
ТОХ, б.	19 [15;23]	-
мМДР, б.	3 [1;4]	-
ОФВ <sub>1</sub> , %	48 [36;60]	90 [80;100]*
ФЖЄЛ, %	58 [46;69]	95 [90;100]*
ОФВ <sub>1</sub> /ФЖЄЛ	0,64 [0,49;0,77]	0,85 [0,75;0,90]*
ЧСС, хв	83 [76; 88]	72 [70;78]
ЧД, хв	20 [20;22]	16 [15;16]*
Середньодобовий САТ, мм рт.ст. ДАТ, мм рт.ст.	155 [140;170] 100 [85;118]	130 [125;140]* 80 [80;90]*
Середньоденний САТ, мм рт.ст. ДАТ, мм рт.ст.	160 [140;180] 105 [93;117]	125 [120;130]* 85 [75;95]*
Середньонічний САТ, мм рт.ст. ДАТ, мм рт.ст.	150 [135;165] 95 [85;105]	110 [105;115]* 70 [65;75]*

Примітка: \* –  $p < 0,05$ .

При амбулаторному добовому вимірюванні АТ середньодобовий САТ основної групи становив 155 [140;170] мм рт.ст., контрольної – 130 [125;140] мм рт.ст., ДАТ – 100 [85;118] мм рт.ст. та 80 [80;90] мм рт.ст. відповідно ( $p < 0,05$ ). Середньоденний САТ основної групи становив 160 [140;180] мм рт.ст., контрольної – 125 [120;130] мм рт.ст. ДАТ – 105 [93;117] мм рт.ст. та 85 [75;95] мм рт.ст. відповідно. Середньонічний САТ – 150 [135;165] мм рт.ст. та 110 [105;115] мм рт.ст., ДАТ – 95 [85;105] мм рт.ст. і 70 [65;75] мм рт.ст.

Загальноклінічна характеристика пацієнтів наведена у табл. 1.

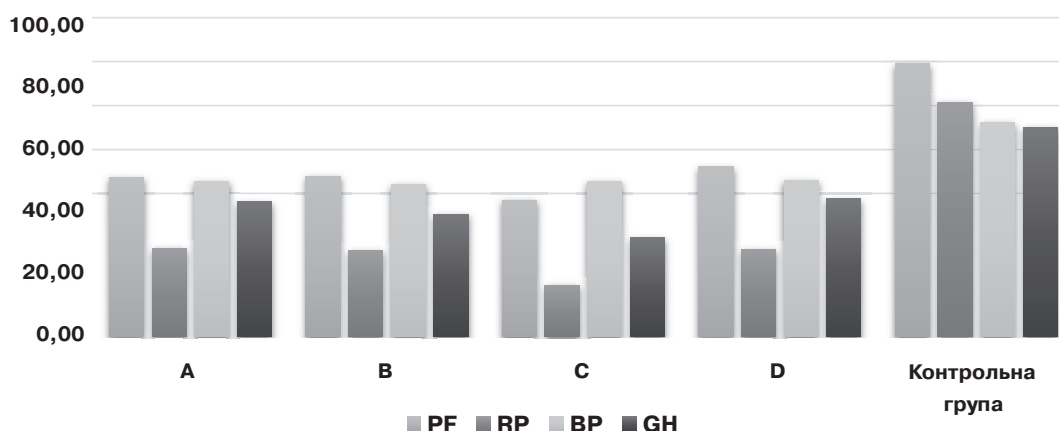
За даними табл. 2, під час аналізу ЯЖ згідно з опитувальником SF-36 встановлено, що пацієнти з поєднаною патологією мають достовірно знижені всі показники психічного та фізичного здоров'я порівняно з групою контролю ( $p < 0,05$ ). Зниження ролі фізичних проблем (RP) та загального стану

здоров'я (GH) у клінічній групі С виражено за рахунок впливу тяжкості АГ, оскільки саме в цій групі перебіг АГ найбільш виражений за рахунок частих коливань АТ (мал. 1).

Аналіз психологічного компонента ЯЖ продемонстрував значне зменшення показників життєвої активності (VT) у клінічній групі В та С та рольового емоційного стану (RE) у клінічній групі С, що свідчить про вплив вираженості бронхіальної обструкції ХОЗЛ та ступеня АГ у даній групі пацієнтів (мал. 2).

Згідно з опитувальником SGRQ виявлено, що найбільш виражена симптоматика та вплив захворювання на загальний стан організму відзначається у пацієнтів клінічної групи D ( $p < 0,05$ ) (табл. 2); наявність психологічних та соціальних проблем у результаті захворювання (мал. 3).

Кореляційний аналіз засвідчив зворотній зв'язок між середньодобовим САТ та психічним компонентом (MH) ( $r = -0,31$ ;



Мал. 1. Фізичний статус пацієнтів залежно від клінічної групи ХОЗЛ

Примітка: PF – фізична активність; RP – роль фізичних проблем; BP – інтенсивність болю; GH – загальний стан здоров'я

Показники ЯЖ за SF-36 та SGRQ у пацієнтів з АГ у поєднанні з ХОЗЛ залежно від клінічних груп ХОЗЛ

Показник ЯЖ	A, n=10	B, n=25	C, n=13	D, n=22	Контрольна група, n=30
PF	55 [25;55]	50 [40;65]	40 [40;45]	52,5 [40;70]	85 [85;90]*
RP	25 [0;25]	25 [0;50]	12,5 [0;25]	25 [0;50]	100 [50;100]*
BP	52 [41;52]	41 [41;62]	51,5 [41;52]	51,5 [41;62]	62 [51;100]*
GH	40 [40;40]	40 [30;45]	30 [30;35]	45 [35;57]	72 [55;77]*
VT	40 [25;45]	35 [25;40]	35 [30;35]	40 [30;45]	70 [65;70]*
SF	50 [37,5;62,5]	50 [37,5;62,5]	56,2 [50;62,5]	62,5 [50;62,5]	75 [62,5;100]*
RE	46,6 [26,6;66,6]	66,6 [33,3;100]	33,3 [0;66,6]	66,6 [0;66,6]	100 [66,6;100]*
MH	62 [58;68]	56 [56;100]	54 [48;60]	60 [52;64]	76 [72;76]*
PH	34,2 [27,8;41]	37,2 [29,1;39,7]	33,7 [30,9;32,4]	35,8 [30,4;39,7]	53,5 [44,2;57,3]*
MH	35,7 [35;40,8]	38,3 [30,7;42,8]	33,5 [30,2;40,1]	39,2 [35,5;43,6]	52,5 [45,9;53,5]*
«Симптоми»	68 [59,5;82,3]	68,1 [55,3;75,1]	71,5 [61;97,4]	83,5 [67,2;93,7]	20,4 [14,1;20]*
«Активність»	44,5 [38,4;56,9]	53,6 [47,2;60,2]	50,8 [41,7;80,3]	60,3 [50,6;72,8]	17,4 [17,1;23,3]*
«Вплив»	42,9 [37,4;46,8]	41,8 [31,6;45,8]	34,9 [28,1;58,2]	46,5 [38,8;55,5]	3 [0;7,9]*
«Сума»	47,3 [41,5;57,8]	46,7 [42,2;53,2]	44 [41,3;71,4]	58,9 [44,9;65,5]	9,7 [8,7;16]*

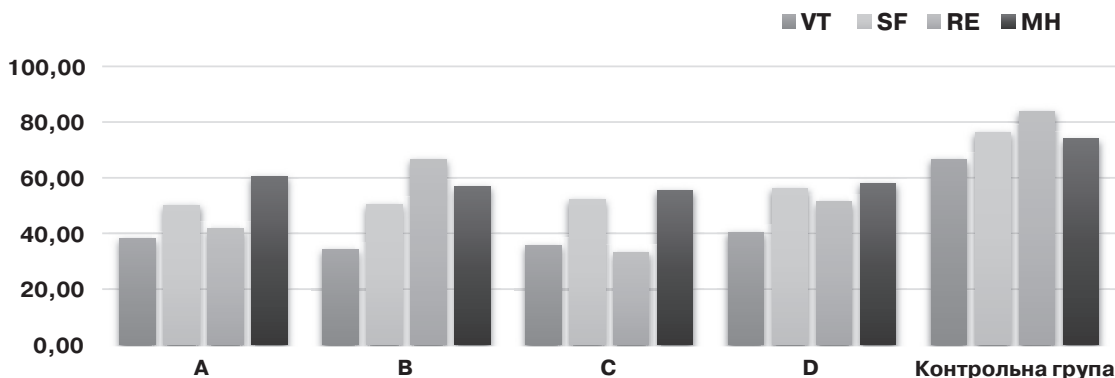
Примітка: \* –  $p < 0,05$ .

$p < 0,05$ ). Встановлено прямий кореляційний зв'язок між середньодобовим САТ та «Активністю» ( $r = 0,34$ ;  $p < 0,05$ ). Зворотній кореляційний зв'язок між фізичною активністю (PF) згідно з SF-36 та «Активністю» за анкетой SGRQ ( $r = -0,24$ ;  $p < 0,05$ ).

Виявлено зворотній зв'язок між роллю емоційних факторів (RE) та «Активністю» ( $r = -0,25$ ;  $p < 0,05$ ); загальним психічним здоров'ям (MH) та «Активністю» ( $r = -0,23$ ;  $p < 0,05$ ); «Симптоматикою» та GH ( $r = -0,23$ ;  $p < 0,05$ ), «Симптоматикою» та SF ( $r = -0,19$ ;  $p < 0,05$ ); «Впливом» та GH ( $r = -0,20$ ;  $p < 0,05$ ), «Впливом» та MH ( $r = -0,22$ ;  $p < 0,05$ ), «Сумою» та GH ( $r = -0,20$ ;  $p < 0,05$ ), «Сумою» та MH ( $r = -0,27$ ;  $p < 0,05$ ), САТ та GH ( $r = -0,26$ ;  $p < 0,05$ ).

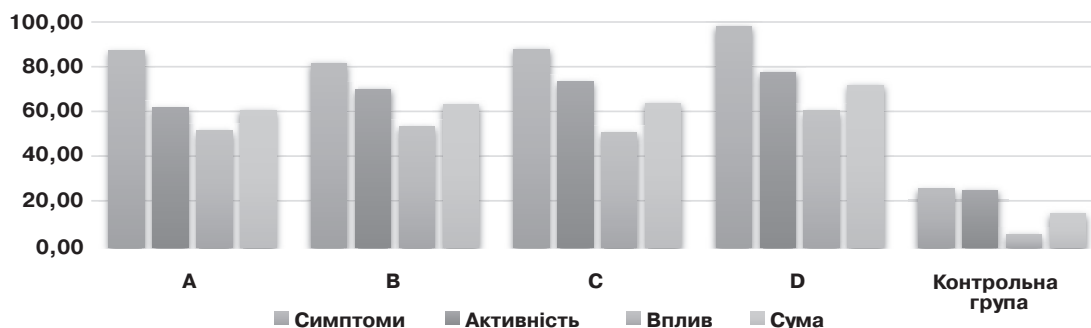
Під час порівняння отриманих даних ультразвукових показників серця виявлено достовірні відмінності між основною та контрольною групою (табл. 3). Найбільш вірогідними поясненнями зміни структурно-функціонального стану серця є вплив бронхіальної обструкції, гіпоксемії та симпатичної активності на міокард у цілому, формування легеневої гіпертензії змішаного типу (2-ї та 3-ї групи), переваження правих і лівих відділів серця та обмеження коронарного резерву.

Встановлений зв'язок між показниками ЕхоКГ та ЯЖ пацієнтів, що підтверджується наявністю зворотних кореляційних зв'язків між: ППШ та фізичною активністю ( $r = -0,82$ ;



Мал. 2. Психічний статус пацієнтів залежно від клінічної групи ХОЗЛ

Примітка: MH – психічне здоров'я; RE – роль емоційного стану; SF – соціальне функціонування; VT – життєва активність.



Мал. 3. Показники якості життя за опитувальником SGRQ пацієнтів з АГ у поєднанні з ХОЗЛ

Структурно-функціональні показники серця за даними ЕхоКГ

Показник	Основна група, n=70	Контрольна група, n=30	Показник	Основна група, n=70	Контрольна група, n=30
АО, мм	33 [31;35]	25 [24;28]*	УО ЛШ, мл	65 [60;69]	52,5 [46;59]*
ПП, мм	32 [30;34]	25 [24;26]*	ФВ ЛШ, %	58 [56;60]	67 [65;68]*
ЛП, мм	33 [31;34]	25 [24;26]*	U max E	66 [51;73]	76 [66,5;91]*
ПШ, мм	26 [24;28]	21,5 [21;22]*	U max A	64 [55;80]	61 [51;71]*
ТМШП, мм	12 [11;13]	11,2 [10,6;12,4]	Е/А	0,8 [0,69;0,9]	1,6 [1,4;1,8]*
ТЗСЛПШ мм	12 [11,5;11,8]	11,1 [10,3;12,2]	Градiєнт тиску (Р) МК	2,25 [1,8;2,7]	1,9 [1,8;2,1]
КДРЛШ, мм	49 [45;51]	42 [41;43]*	Легенева артерія (тиск)	36,3 [27,6;42]	12 [10;14]*
КСРЛШ, мм	32 [30;36]	27 [26,9;29]*	Клапан аорти: U max	129 [110;149]	104 [96;110]*
КДО, мл	136 [119;179]	87 [77;97]*	Клапан аорти: Градiєнт тиску (Р)	6,5 [5;8,8]	4,2 [3,7;4,7]*
КСО, мл	60 [54;89]	37,5 [31;44]*	ММЛШ, г	255 [190;290]	103 [93;113]*
ВТСЛШ, см	0,49 [0,46;0,52]	0,34 [0,23;0,40]*	ІММЛШ, г/м²	144 [110;175]	58 [48;73]*

Примітка: \* –  $p < 0,05$ .

$p < 0,05$ ), ПШ та загальним станом здоров'я ( $r = -0,34$ ;  $p < 0,05$ ), загальним станом здоров'я та КДР ( $r = -0,28$ ;  $p < 0,05$ ), загальним станом здоров'я та градієнтом тиску аорти ( $r = -0,58$ ;  $p < 0,05$ ).

Було встановлено прямий кореляційний зв'язок між градієнтом тиску МК та «Симптомами» ( $r = 0,76$ ;  $p < 0,05$ ), градієнтом тиску МК та «Впливом» ( $r = 0,69$ ;  $p < 0,05$ ), розміром ПШ та ступенем ХОЗЛ ( $r = 0,29$ ;  $p < 0,05$ ).

## ВИСНОВКИ

1. Виявлено, що в пацієнтів з поєднаною патологією артеріальної гіпертензії (АГ) та хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) достовірно знижені усі показники психічного та фізичного здоров'я. Погіршення психологічного компонента обумовлене зниженням показників життєвої активності у клінічній групі В та С та рольового емоційного стану у клінічній групі С, що свідчить про вплив вираженості бронхіальної обструкції ХОЗЛ та ступеня АГ у даній групі пацієнтів.

2. Наявні зміни ролі фізичних проблем та загального стану здоров'я у клінічній групі С встановлені за рахунок впливу тяжкості АГ.

3. Під час аналізу якості життя за респіраторним опитувальником (SGRQ) виявлено, що найбільш виражена симптоматика та вплив захворювання на загальний стан організму відзначається у пацієнтів клінічної групи D.

4. Встановлений взаємобтяжливий вплив обмеженої фізичної та психологічної життєдіяльності організму на стан гемодинаміки, що проявляється зміною структурно-функціонального стану серця у пацієнтів з АГ у поєднанні з ХОЗЛ.

## Сведения об авторах

**Буртняк Татьяна Зеновиевна** – Кафедра терапии, кардиологии и семейной медицины факультета последипломного образования ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», 50056, г. Кривой Рог, площадь 30-летия Победы, 2; тел.: (056) 465-50-14, (098) 663-30-75. E-mail: burtniak@i.ua

**Потабашиный Валерий Аркадиевич** – Кафедра терапии, кардиологии и семейной медицины факультета последипломного образования ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», 50056, г. Кривой Рог, площадь 30-летия Победы, 2; тел.: (056) 465-50-14. E-mail: Valeriy2011@i.ua  
ORCID 0000-0002-0786-8158.

**Фесенко Владимир Иванович** – Кафедра терапии, кардиологии и семейной медицины факультета последипломного образования ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», 50056, г. Кривой Рог, площадь 30-летия Победы, 2; тел.: (056) 465-50-14. E-mail: fesenko\_vladimir@ukr.net

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Коваленко В.М. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування/ В.М. Коваленко. – К.: Моріон: 2018. – 223 с.
- Наказ МОЗ України від 27.06.2013 № 555 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень».
- Наказ МОЗ України від 24.05.2012 № 384 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії».
- Потабашиный В.А. Новый підхід до визначення геометрії лівого шлуночка при хронічній серцевій недостатності у хворих на АГ та ІХС у поєднанні з ХОЗЛ/ В.А. Потабашиный// Медичні перспективи. – 2016. – 16 (11). – 2:39-46.
- Ратова Л.Г., Зыков К.А., Долгушева Ю.А. и др. Артериальная гипертония и бронхообструктивная патология – особенности клинической картины/ Л.Г. Ратова, К.А. Зыков, Ю.А. Долгушев// Системные гипертензии. – 2012. – 1:54–8.
- Сіренко Ю.М. Про нові Європейські рекомендації з артеріальної гіпертензії після їх першої презентації (коментар)/ Ю.М. Сіренко// Артеріальна гіпертензія. – 2018. – 3:59.
- Чазова И.Е., Лазарева Н.В., Ощепкова Е.В. Артериальная гипертония и легкая: клиническая характеристика и эффективность лечения (по данным Национального регистра артериальной гипертонии)/ Чазова И.Е., Лазарева Н.В., Ощепкова Е.В.// Терапевтический архив. – 2019. – 5: 4-10.
- ESH/ESC Guidelines For The Management Of Arterial Hypertension. (2018).
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Medical Communications Resources. – 2017.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Medical Communications Resources. – 2015. – 16: 577-605.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Medical Communications Resources. – 2018.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Medical Communications Resources. – 2019.
- Marwick T.H., Gillebert T.C., Aurigemma G., Chirinos J. Recommendations on the use of echocardiography in adult hypertension: a report from the European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI) and the American Society of Echocardiography (ASE)/ T.H. Marwick, T.C. Gillebert, G. Aurigemma, J. Chirinos// Eur. Heart J. Cardiovasc. Imag. – 2015. – 16: 577-605.

Статья поступила в редакцию 24.10.2019