



М.М. Юсупалієва

Медична академія імені С.І. Георгієвського, Сімферополь

## Якість життя хворих на хронічне обструктивне захворювання легень за наявності коморбідної артеріальної гіпертензії

**Мета роботи** — вивчення впливу коморбідної артеріальної гіпертензії на якість життя хворих із хронічним обструктивним захворюванням легень, що прибули на лікування в санаторії приморського типу.

**Матеріали та методи.** На базі ДУП РК «Санаторій «Місхор» (м. Ялта) і ДУП РК «Спеціалізований клінічний Алуштинський санаторій «Ветеран» обстежено 164 хворих із хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) I–III стадії. У 112 з них була супутня артеріальна гіпертензія (АГ) II–III стадії. Якість життя (ЯЖ) оцінювали по прибутті до санаторію і після закінчення курсу санаторно-курортного лікування (СКЛ) за опитувачем MOS SF-36.

**Результати та обговорення.** Встановлено виразний негативний вплив АГ на всі показники ЯЖ хворих із ХОЗЛ, простежувався прямий кореляційний зв'язок між рівнем зниження ЯЖ, тяжкістю супутньої серцево-судинної патології й ступенем підвищення артеріального тиску.

**Висновки.** Відновне СКЛ у комбінації з адекватною медикаментозною гіпотензивною терапією сприяє істотному поліпшенню загального стану пацієнтів, що виявляється, зокрема, вірогідним зростанням усіх параметрів ЯЖ.

### Ключові слова

Хронічне обструктивне захворювання легень, артеріальна гіпертензія, якість життя, санаторно-курортне лікування.

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є одним зі значущих патологічних станів. Летальність, пов'язана з ХОЗЛ, швидко зростає з кожним роком. Приблизний розрахунок свідчить: щогодини від чинників, пов'язаних із ХОЗЛ, у світі вмирає 340 осіб [2, 13]. Безсумнівним є факт, що супутня патологія, особливо захворювання серцево-судинної системи, зумовлюють тяжкий перебіг ХОЗЛ, підвищують ризик госпіталізації та смерті [1, 3, 5]. Однією з найчастіших супутниць ХОЗЛ є артеріальна гіпертензія (АГ), яка значною мірою сприяє погіршенню прогнозу у таких осіб [7–9, 11]. Важливим етапом ведення хворих на ХОЗЛ є пульмонологічна реабілітація, в тому числі санаторно-курортне лікування. Вибирати реабілітаційні заходи слід з урахуванням впливу хвороби, зокрема її провідного вияву — задишки, на

активність пацієнта з обов'язковою оцінкою показників його якості життя (ЯЖ) [6, 12].

**Мета роботи** — вивчення впливу коморбідної артеріальної гіпертензії на якість життя хворих на хронічний обструктивний туберкульоз легень на етапі реабілітаційного санаторно-курортного лікування.

### Матеріали та методи

Дослідження проведено на базі ДУП РК «Санаторій «Місхор» (м. Ялта) та ДУП РК «Спеціалізований клінічний Алуштинський санаторій «Ветеран» з участю 164 хворих із ХОЗЛ I–III стадії (групи А, В, С, за класифікацією GOLD-2014) у стабільну фазу. Чоловіків було 112, жінок — 52, середній вік —  $(58,2 \pm 3,4)$  року. Виділено три порівнянних за статтю та віком групи: I група ( $n = 52$ ) — без анамнестичних даних про АГ, рівень артеріального тиску (АТ) не перевищував 139/89 мм рт. ст.; II група ( $n = 56$ ) —

Таблиця. Динаміка показників ЯЖ у хворих на ХОЗЛ на тлі санаторно-курортного лікування (M ± m), бали

Показник	ХОЗЛ без АГ (I група)	ХОЗЛ із АГ II стадії (II група)	ХОЗЛ із АГ III стадії (III група)	Вірогідна різниця між групами	Середні популяційні значення
ФА	52,3 ± 2,2	51,8 ± 1,8	46,0 ± 1,8	I—III	75,0 ± 0,55
	58,9 ± 2,1	59,4 ± 2,1*	57,1 ± 2,0*	—	
РФП	36,6 ± 2,1	31,3 ± 2,7	30,0 ± 2,1	I—III	59,7 ± 0,89
	45,7 ± 2,2*	45,1 ± 1,9*	43,7 ± 2,1*	—	
Біль	65,4 ± 2,7	64,9 ± 3,1	61,4 ± 2,8	—	66,0 ± 0,64
	65,4 ± 2,9	65,1 ± 2,7	63,2 ± 3,1	—	
ЖЗ	42,7 ± 1,9	38,4 ± 2,0	33,8 ± 2,3	I—II, I—III	54,5 ± 0,46
	46,3 ± 2,1	45,2 ± 1,9*	40,5 ± 2,3*	I—III	
СА	56,2 ± 2,35	52,2 ± 2,41	50,0 ± 2,51	I—III	71,6 ± 0,54
	66,2 ± 2,56*	68,4 ± 2,47*	70,7 ± 2,13*	—	
РЕП	39,2 ± 2,24	34,3 ± 2,43	28,3 ± 2,26	I—II, I—III, II—III	60,7 ± 0,88
	57,6 ± 2,65*	62,1 ± 2,24*	62,7 ± 2,21*	I—III	
ПЗ	48,8 ± 2,16	42,1 ± 2,24	40,9 ± 2,42	I—II, I—III	58,6 ± 0,41
	54,1 ± 2,08*	59,2 ± 1,21*	60,1 ± 2,23*	I—II, I—III	
ЗЗ	43,2 ± 2,84	41,2 ± 2,38	32,8 ± 2,31	I—III	55,4 ± 0,48
	45,3 ± 1,98	45,0 ± 2,21*	40,2 ± 2,17*	I—III	

Примітка. ФА — фізична активність; РФП — роль фізичних проблем у обмеженні життєдіяльності; ЖЗ — життєздатність; СА — соціальна активність; РЕП — роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності; ПЗ — психічне здоров'я; ЗЗ — загальне здоров'я; \* вірогідне зростання значень після лікування (p < 0,05).

мали супутню АГ II стадії з підвищенням АТ I—II ступеня; III група (n = 56) — мали коморбідну АГ III стадії з підвищенням АТ II—III ступеня. Діагноз ХОЗЛ верифіковано на підставі положень GOLD-201 [3]. Усі хворі отримували стандартний санаторно-курортний комплекс кліматичних процедур. Медикаментозну корекцію АТ проводили відповідно до рекомендацій Європейського товариства кардіологів [10]. ЯЖ оцінювали по прибутті в санаторій та за 1—2 доби до виписування за допомогою опитувальника MOS SF-36 (Medical Outcome Study Short Form-36). Розраховували 8 параметрів за 100-бальною шкалою: фізична активність, роль фізичних проблем у обмеженні життєдіяльності, біль, життєздатність, соціальна активність, роль емоційних проблем у обмеженні життєдіяльності, психічне здоров'я, загальне здоров'я. Дані анкетування порівнювали зі значеннями в загальній популяції [4]. Статистичну обробку виконували за допомогою програмного продукту STATISTICA 5.5 (фірма StatSoft, США).

### Результати та обговорення

Дані первинного опитування засвідчили, що в усіх пацієнтів знижені всі параметри ЯЖ, крім показника «біль». Найбільше ЯЖ виявилася зниженою у хворих на ХОЗЛ із супутньою АГ. При цьому помічено пряму кореляцію зі стадією АГ та ступенем підвищення АТ (таблиця). Так, якщо у пацієнтів із АГ III ст. порівняно з особами без коморбідної АГ були меншими всі зна-

чення, крім болю, то за наявності АГ II стадії такі показники, як роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності та загальне здоров'я, хоча й були трохи нижчими порівняно з першою групою, однак статистично значущої різниці при цьому не зафіксовано. Відносно параметра «біль» слід зазначити, що він у всіх обстежених не відрізнявся від середнього популяційного значення, що вказує на його «нечутливість» щодо цього захворювання. Цей факт можна пояснити тим, що хворі на ХОЗЛ більшою мірою занепокоєні специфічними виявами головного захворювання (задишкою, відчуттям нестачі повітря, нападами кашлю), у зв'язку з чим не звертають уваги на біль у буквальному сенсі. Лише у разі АГ III стадії помічено деяку тенденцію до зниження цього показника (невірогідне) порівняно з іншими групами, головним чином, унаслідок періодичної цефалгії.

Після курсу санаторно-курортного лікування, яке у хворих із АГ проводили на тлі адекватно підбраної гіпотензивної терапії, зафіксовано вірогідне поліпшення майже всіх параметрів ЯЖ. При цьому показники «соціальна активність», РЕП і ЗЗ досягли середніх значень у загальній популяції. На тлі відносної нормалізації АТ практично повністю зникла різниця між групами щодо рівня ЯЖ. Деякою несподіванкою виявилось те, що параметр РЕП після лікування у пацієнтів із коморбідною АГ навіть перевищив значення групи контролю. Це можна розцінюва-

ти як підтвердження істотного впливу серцево-судинних захворювань на психоемоційну сферу хворих із ХОЗЛ.

### Висновки

Дослідження продемонструвало виразний негативний вплив коморбідної артеріальної гіпертензії на всі складові якості життя хворих на хронічний обструктивний туберкульоз легень. При

цьому верифіковано прямий взаємозв'язок між рівнем зниження якості життя і тяжкістю супутньої серцево-судинної патології та артеріальним тиском. Кліматичне лікування в оздоровничих приморських курортів, за умови обов'язкового призначення адекватної базисної гіпотензивної терапії, сприяє значному поліпшенню загального стану таких пацієнтів, що супроводжується вірогідним зростанням усіх параметрів якості життя.

### Список літератури

1. Бугаенко В.В. Коморбідные состояния: ишемическая болезнь сердца и хроническое обструктивное заболевание легких // Здоров'я України.— 2014.— № 1 (25).— С. 26–28.
2. Гашинова К.Ю. Системні прояви та коморбідність у амбулаторних пацієнтів з ХОЗЛ // Укр. пульмонол. журн.— 2013.— № 2.— С. 41–45.
3. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2014 г.): пер. с англ. / Под ред. А.С. Белевского.— М.: Российское респираторное общество, 2015.— 92 с.
4. Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хроническим обструктивным заболеванием легких / Под ред. А.Г. Чучалина.— Москва: Атмосфера, 2004.— 256 с.
5. Крахмалова О.О. Ведення пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень та ішемічною хворобою серця при наявності синдрому обструктивного апноє/гіпноє сну: невирішені питання // Укр. пульмонол. журн.— 2015.— № 1.— С. 53–57.
6. Крахмалова О.О., Калашник Д.М., Талалай І.В. Пульмонологічна реабілітація хворих на хронічне обструктивне захворювання легень // Укр. пульмонол. журн.— 2013.— № 1.— С. 63–67.
7. Лечение пациентов с ХОЗЛ: акцент на коморбидность (за материалами V з'їзду фізіатрів і пульмонологів України) // Здоров'я України.— 2013.— № 4 (24).— С. 16–17.
8. Михеева К.В. Клиническая характеристика артериальной гипертензии у пациентов с сочетанной патологией синдрома обструктивного апноэ-гиппноэ сна и ХОЗЛ // Укр. пульмонол. журн.— 2011.— № 1.— С. 40–45.
9. Мостовий Ю.М., Распутіна Л.В. Хронічне обструктивне захворювання легень та артеріальна гіпертензія: особливості клінічного перебігу, тактика лікування // Укр. пульмонол. журн.— 2010.— № 1.— С. 23.
10. Рекомендации по лечению артериальной гипертензии. ESH/ESC 2013 // Рос. кардиол. журн.— 2014.— № 1 (105).— С. 7–94.
11. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких / Под ред. А.Г. Чучалина.— М.: Российское респираторное общество, 2013.— 37 с.
12. Фещенко Ю. И. Актуальные вопросы хронического обструктивного заболевания легких // Укр. пульмонол. журн.— 2010.— № 1.— С. 6.
13. Фещенко Ю.И. Хроническое обструктивное заболевание легких — актуальная медико-социальная проблема // Укр. пульмонол. журн.— 2011.— № 2.— С. 6.

М.М. Юсупалиева

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, Симферополь

## Качество жизни больных хроническим обструктивным заболеванием легких при наличии коморбидной артериальной гипертензии

**Цель работы** — изучение влияния коморбидной артериальной гипертензии на качество жизни больных с хроническим обструктивным заболеванием легких, направленных на лечение в санатории приморского типа.

**Материалы и методы.** На базе ГУП РК «Санаторий «Мисхор» (г. Ялта) и ГУП РК «Специализированный клинический Алуштинский санаторий «Ветеран» обследовано 164 больных хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) I–III стадии. У 112 из них была сопутствующая артериальная гипертензия (АГ) II–III стадии. Качество жизни (КЖ) оценивали при поступлении в санатории и после окончания курса санаторно-курортного лечения (СКЛ) с использованием опросника MOS SF-36.

**Результаты и обсуждение.** Установлено выраженное негативное влияние АГ на все показатели КЖ больных ХОЗЛ, прослеживалась прямая корреляционная связь между уровнем снижения КЖ, тяжестью сопутствующей сердечно-сосудистой патологии и степенью повышения артериального давления.

**Выводы.** Восстановительное СКЛ в сочетании с адекватной медикаментозной гипотензивной терапией способствует существенному улучшению общего состояния пациентов, что проявляется, в частности, достоверным возрастанием всех параметров КЖ.

**Ключевые слова:** хроническое обструктивное заболевание легких, артериальная гипертензия, качество жизни, санаторно-курортное лечение.

M.M. Yusupaliieva

Medical Academy named after S.I. Georgievsky, Simferopol, Crimea, Ukraine

## The quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease with comorbid arterial hypertension

**Objective** – to study the influence of comorbid hypertension on quality of life patients referred for treatment in the sanatorium-type seaside.

**Materials and methods.** To study the influence of comorbid arterial hypertension (AH) on the quality of life (QL) of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). 164 patients with COPD were examined, among which 112 persons also suffered from AH II – III stage. QL was assessed on admission to the sanatorium and after the course of sanatorium-resort treatment (SRT) using the MOS SF-36 questionnaire.

**Results and discussion.** There were found the significant negative influence of AH upon all QL-indexes in patients with COPD and direct correlation among QL-reduction with severity of comorbid cardiovascular pathology and the degree of high blood pressure.

**Conclusions.** Was determined that restorative resort treatment and adequate hypotension therapy lead to the great improvement of common health and QL in such patients.

**Key words:** Chronic obstructive pulmonary disease, arterial hypertension, quality of life, sanatorium-resort treatment.

---

**Контактна інформація:**

Юсупалієва Муясар Мансурівна, проф. кафедри фтизіатрії та пульмонології  
295006, м. Сімферополь, бульв. Леніна, 5/7  
E-mail: 1717pul@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 13 липня 2015 р.