

и ятрогенные заболевания / Р. А. Лурия. – М.: Медгиз, 1994. – 126 с.

9. Міжнародна статистична класифікація хвороб (МКХ-10): короткий адаптований варіант для використання в Україні (в трьох розділах). – К.–307 с.

10. Николаева В. В. Динамика ВКБ как показатель кризиса развития личности в условиях болезни / В. В. Николаева // Психосоматика: телесность и культура: Учеб. пособие для вузов / Под ред. В. В. Николаевой. – М.: Академический Проект, 2009. – С. 96–129.

11. Обмеження життєдіяльності при вроджених вадах серця у дорослих: [монографія для лікарів медико-експертних установ та лікувально-профілактичних закладів, наукових співробітників, студентів старших медичних курсів] / А. В. Іпатов, О. М. Лисунець, І. Я. Ханюкова [та ін.]. – Дніпропетровськ: Пороги, 2012. – 208 с.

12. Сердюк А. И. Непсихотические нарушения психической сферы у больных хроническими соматическими заболеваниями и система их психотера-

пии: методические рекомендации / А. И. Сердюк, Б. В. Михайлов. – Харьков, 2000. – 30 с.

13. Сирота Н. А. Внутренняя картина болезни в контексте субъективной реальности болеющего индивидуума. [Электронный ресурс] / Н. А. Сирота, М. Я. Ярославская // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 2. URL: <http://medpsy.ru>

14. Статистична обробка даних / В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Приставка та ін. – К.: МІВВЦ, 2001. – 388 с.

15. Стукалина О. П. Прогностическое значение субъективного представления о болезни [Электронный ресурс]. / О. П. Стукалина // Журнал «Медицина и образование в Сибири» электронное научное издание НГМУ. 2008. – № 4. URL: <http://www.ngmu.ru>

16. Султанова А. С. Внутренняя картина болезни подростков, перенесших операцию при врожденном пороке сердца : автореф. дис. на соиск. научн. степени канд. психол. наук: спец 19.00.04 «Психология» / А. С. Султанова. – Москва, 2000. – 22 с.



УДК 616.248:616.1

## КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ІНВАЛІДІВ УНАСЛІДОК БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У СПОЛУЧЕННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

С. С. Паніна, Н. О. Гондуленко, Н. А. Саніна, Т. С. Ігумнова

Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

### **Резюме**

*Показаны клинико-функциональные особенности течения заболевания у инвалидов вследствие бронхиальной астмы в сочетании с артериальной гипертензией. Показано негативное влияние сопутствующей артериальной гипертензии на тяжесть течения заболевания, функцию внешнего дыхания, развитие структурно-функциональных изменений сердечно-сосудистой системы, трудности достижения контроля заболевания и прогрессирующий характер развития осложнений, что необходимо учитывать при оценке состояния жизнедеятельности и проведении медико-социальной экспертизы и реабилитации таких больных.*

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, артериальная гипертензия, клинико-функциональные особенности.

### **Summary**

*Was shown the clinical and functional characteristics of disabled persons with asthma in combination with arterial hypertension. Was shown the negative impact of concomitant arterial hypertension on the severity of the disease, lung function, development of structural and functional changes in the cardiovascular system, the difficulties of achieving asthma control and the progressive nature of complications that should be considered in the assessment of the state of life and conduct of medical and social expertise and rehabilitation of these patients.*

**Keywords:** asthma, hypertension, clinical and functional characteristics.

Захворювання органів дихання залишаються однією з провідних причин первинної інвалідності дорослого населення України. Показники інвалідності за 2010–2012 рр. склали відповідно 1,6–1,4 на 10 тисяч працездатного населення. Показники інвалідності внаслідок бронхіальної астми (БА) загалом по Україні за 3 роки залишаються стабільними – 0,4 на 10 тисяч дорослого та 0,5 на 10 тисяч населення працездатного віку [1].

Чисельність хворих на бронхіальну астму в усьому світі непинно зростає, причому незважаючи на впровадження сучасних засобів і схем лікування БА, рівень досягнення контролю над захворюванням продовжує залишатися досить низьким. За оцінками фахівців, істотну роль у неконтрольованому перебігу захворювання відіграє супутня патологія [2, 3]. Наявність супутніх захворювань – закономірність, яку треба враховувати при роботі з такими хворими [4, 5].

Найбільш розповсюдженими коморбідними станами при легеневих захворюваннях є захворювання серцево-судинної системи, які сприяють зростанню тяжкості основного захворювання. Недооцінка супутньої патології – одна з причин, які визначають неможливість досягнення контролю перебігу захворювання легень та обтяжують його перебіг [6]. Сьогодні встановлено, що численні фактори ризику виникнення ХОЗЛ та БА можна розглядати як предиктори маніфестації різних захворювань, у тому числі й кардіоваскулярних [7].

Взаємозв'язок захворювань, віку та медикоментозного патоморфозу значною мірою змінюють клінічну картину та перебіг захворювань, характер та тяжкість ускладнень, погіршують якість життя хворого, обмежують або ускладнюють лікувально-діагностичний процес. Коморбідність впливає на прогноз для життя, збільшує ймовірність летальності [7].

#### Матеріали та методи

Проведено клінічне обстеження 64 хворих на бронхіальну астму, серед них було 39 жінок та 23 чоловіки віком від 24 до 60 років (у середньому –  $46,1 \pm 1,1$  року) з тривалістю захворювання від 1 до 40 років (у середньому –  $20,2 \pm 1,4$  року). Діагноз бронхіальної астми хворим було встановлено в середньому через  $14,4 \pm 1,2$  року після початку захворювання.

Повний клініко-функціональний діагноз визначався хворим згідно з міжнародною класифікацією GINA [8] та класифікацією, затвердженою наказом МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. [9], згідно з якою виділяють 4 ступені захворювання: I ст. – легкий інтермітуючий перебіг; II ст. – легкий персистуючий перебіг; III ст. – середньої тяжкості персистуючий перебіг, IV ст. – тяжкий персистуючий перебіг.

Як додатковий критерій для визначення тяжкості захворювання використовувалася шкала оцінки денних та нічних симптомів астми [10]. Для кількісної оцінки контролю перебігу бронхіальної

астми використовувалася шкала АСТ (тест з контролю над астмою).

Підвищення АТ розцінювалося як гіпертонічна хвороба або симптоматична артеріальна гіпертензія в залежності від рівня АТ згідно з класифікацією АГ за рівнем артеріального тиску та ураження органів-мішеней (Наказ МОЗ України № 384 від 24.05.2012 р.) [11].

Для оцінки функції зовнішнього дихання використовувалася автоматизована мікропроцесорна система «Кардіо+», сонографічні дослідження проводились за допомогою ультразвукового скануючого прибору ULTIMA PRO-30 (Радмир, Україна).

Усі отримані дані піддані статистичній обробці методом варіаційної статистики. Розбіжності середніх величин оцінювались за допомогою критерію t Стьюдента. Застосовували кореляційний, регресійний та мультифакторний аналізи, однофакторний дисперсійний аналіз для незв'язаних вибірок з використанням непараметричних критеріїв Н. Kruskal-Wallis та медіанного тесту ( $\chi^2$ ).

У залежності від наявності супутньої АГ усі обстежені хворі були розподілені на 2 групи. До першої групи ввійшли хворі на БА, у яких не спостерігалось підвищення системного АТ – 17 осіб, середній вік складав  $39,1 \pm 2,2$  року. Хворі на БА з підвищеним АТ (47 осіб) склали другу групу. Вони були більш старшого віку – у середньому  $48,2 \pm 1,0$  року, що було вірогідно більше у порівнянні з першою групою ( $p < 0,01$ ).

#### Результати дослідження та їх обговорення

За допомогою однофакторного дисперсійного аналізу встановлено наявність вірогідного зв'язку АГ з віком хворих ( $F = 19,0$ ;  $p < 0,001$ ). В обох групах переважали жінки (70,6 % та 59,6 % відповідно). Збільшення кількості чоловіків серед хворих на БА у поєднанні з АГ можна пояснити тим, що у них більш розповсюдженим є такий фактор ризику розвитку серцево-судинної патології як паління. Так, якщо серед хворих першої групи палили 17,6 % обстежених, то серед хворих другої групи – 29,8 %. У хворих на БА з АГ (2-га група) значно вищим був і стаж паління, який у середньому складав  $14,5 \pm 5,3$  пачко/років ( $F = 58,3$ ;  $p = 0,002$ ).

Серед хворих другої групи більшою була кількість визнаних інвалідами – 35 осіб (74,5 % обстежених), серед хворих першої групи нараховувалося 12 інвалідів (64,7 % обстежених). Вірогідної різниці в тривалості інвалідності між групами не виявлено. Так, тривалість інвалідності у хворих першої групи в середньому складала  $6,6 \pm 1,3$  року, другої групи –  $6,8 \pm 1,1$  року. В обох групах обстежених переважали інваліди третьої групи (58,8 % та 61,7 %). Питома вага інвалідів II групи складала 5,9 % та 12,8 % відповідно.

У хворих на БА з артеріальною гіпертензією (2-га група) частіше зустрічалась тяжка форма захворювання (31,9 % випадку), що було вірогідно у порівнянні з першою групою ( $p < 0,01$ ). Проведений однофакторний дисперсійний аналіз

показав взаємозалежність розвитку артеріальної гіпертензії від тяжкості БА ( $F = 6,57$ ,  $p = 0,01$ ).

У всіх хворих 2-ї групи діагностувалася супутня артеріальна гіпертензія, яка у більшій частині з них (91 %) розвинулася після виникнення основного захворювання. Підвищення АТ у хворих відбувалося поступово, тому більшість з них не змогли точно вказати його тривалість. Спочатку вони відзначали періодичне підвищення АТ, пов'язане з загостреннями захворювання та приступами ядухи. Постійне підвищення АД хворі відзначали у середньому протягом  $5,10 \pm 0,93$  року.

Для купування нападів ядухи хворі обох груп вживали  $\beta_2$ -агоністи короткої дії (SABA) у середньому  $4,5 \pm 0,4$  разу вдень та  $1,8 \pm 0,2$  разу вночі. 82,4 % хворих першої групи та 89,4% хворих другої групи постійно вживали інгалаційні кортикостероїди, в середньому  $2,1 \pm 0,01$  та  $2,0 \pm 0,04$  разу на добу. Більшості обстеженим як базисну терапію застосовували фіксовані комбінації кортикостероїдів та  $\beta_2$ -агоністів тривалої дії (Серетид, Симбікорт).

За рівнем добової дози інгалаційних кортикостероїдів, які хворі постійно отримували, пацієнти першої групи розподілялися таким чином: більша половина хворих (64,3 %), які знаходилися на терапії ІКС, отримувала препарати у середній дозі, 28,6 % постійно приймали препарати у великій дозі, 7,1 % – у низькій добовій дозі. Серед хворих другої групи, навпаки, більша половина хворих (66,7 %) отримувала ІКС у великій дозі, 21,4 % постійно приймали препарати у середній дозі, 11,9 % – у низькій добовій дозі. За допомогою однофакторного дисперсійного аналізу встановлено вірогідний зв'язок між розвитком АГ та споживанням хворими ІКС у великих дозах ( $F = 7,2$ ;  $p < 0,05$ ). Ці дані свідчать про поширення неконтрольованої астми серед хворих із АГ, що потребує прийому великих доз ІКС, але, з іншого боку, недосягнення астма-контролю потребує збільшення дози глюкокортикостероїдів, у тому числі парентеральних, що може призводити до підвищення розвитку небажаних побічних ефектів, зокрема, артеріальної гіпертензії.

При проведенні аналізу скарг хворих на момент надходження до клініки встановлено, що майже всіх хворих турбували напади ядухи, задишка при фізичному навантаженні, кашель, періодичний біль у ділянці серця. Значний дискомфорт у хворих викликали також головний біль, серцебиття, відчуття «перебоїв» у роботі серця, запаморочення, набряки нижніх кінцівок. Хворих турбували загальна слабкість, біль у хребті та суглобах. Спостерігалися також розлади сну.

Задишка турбувала майже однакову кількість хворих обох груп і виникала у них в середньому при підйомі на другий поверх. Хворих другої групи частіше, ніж хворих першої групи турбував біль у ділянці серця (51,1 % проти 35,3 %), серцебиття (36,2 % та 29,4 % відповідно). Головний біль значно частіше турбував хворих другої групи (55,3 %) і міг бути зумовлений впливом

артеріальної гіпертензії ( $F = 5,7$ ;  $p < 0,05$ ). Хворі на БА з АГ також у більшій кількості випадків скаржилися на запаморочення (21,3 % проти 5,9 %), загальну слабкість та розлади сну.

Більшість хворих першої групи (76,5 %) мали нормальну масу тіла, яка у середньому складала  $71,4 \pm 3,5$  кг (середнє значення індексу Кеттле =  $26,4 \pm 1,1$  кг/м<sup>2</sup>). У більшій частині хворих другої групи (59,6 %) при обстеженні була виявлена надмірна маса тіла, яка у середньому складала  $80,3 \pm 2,1$  кг. Середнє значення індексу Кеттле склало  $28,6$  кг/м<sup>2</sup> ( $p < 0,01$ ). Вірогідний зв'язок АГ з масою тіла та body mass index також підтверджено за допомогою дисперсійного аналізу ( $F = 4,7$ ;  $p = 0,03$  та  $F = 2,7$ ;  $p = 0,04$  відповідно).

Частота серцевих скорочень становила в середньому  $88,9 \pm 2,2$  (1-ша група) та  $89,4 \pm 1,6$  (2-га група) за хвилину, артеріальний тиск у середньому складав  $127,4 \pm 3,1/81,8 \pm 1,6$  та  $150,1 \pm 2,7/95,6 \pm 1,4$  мм рт. ст. відповідно ( $p < 0,01$ ).

При об'єктивному дослідженні у хворих з поєднаною патологією збільшення лівої межі серця виявлено у 37,5 % обстежених, що вірогідно більше у порівнянні з першою групою – 3,6 % ( $p = 0,002$ ). Набряки нижніх кінцівок теж частіше зустрічалися у хворих БА з АГ – 31,8 % проти 7,1 % ( $p = 0,002$ ). За іншими об'єктивними ознаками суттєвих відмінностей у групах не виявлено.

У результаті клініко-функціонального дослідження виявлено, що у більшій половині хворих обох груп було встановлено III ступінь захворювання – 64,7% та 61,7% відповідно, у 29,4% (1-ша група) та 31,9 % (2-га група) хворих на БА було встановлено IV ступінь захворювання, у 5,9 % та 6,4% – II ступінь захворювання.

За фазаю перебігу захворювання хворі розподілилися таким чином: у стадії загострення перебували 35,3 % (1-ша група) та 23,4 % (2-га група) хворих, 41,2 % та 51,1 % хворих відповідно були у стадії нестійкої ремісії, 23,5 % та 25,5 % – у стадії стійкої ремісії.

У результаті клініко-функціонального дослідження було виявлено, що у хворих на БА без АГ переважала ЛН II ст. (52,9 %), ЛН I ст. відзначалась у 29,4 %, ЛН I-II ст. – у 11,8 % випадку та ЛН II-III ст. – у 5,9 %. У хворих на БА у поєднанні з артеріальною гіпертензією також частіше діагностувалася ЛН II ст. (63,8 %), ЛН I-II ст. відзначалась у 14,9 % випадку, ЛН II-III ст. – у 8,5 %, а ЛН I – лише у 12,8 % випадку. Отже, у хворих з поєднаною патологією виявлявся більш тяжкий ступінь ЛН, що було вірогідно у порівнянні з хворими без АГ ( $p = 0,0003$ ).

У більшій частині хворих БА у поєднанні з АГ (85,1 %) виявлено серцеву недостатність, що було вірогідно вище ( $p = 0,00001$ ) у порівнянні з хворими на БА без артеріальної гіпертензії (23,5 %).

За допомогою дисперсійного аналізу доведено вірогідний посилюючий вплив АГ на прогресування легеневої ( $H = 11,0$ ;  $p = 0,0009$ ;  $\chi^2 = 5,5$ ;  $p = 0,02$ ) та серцевої недостатності ( $H = 24,6$ ;  $p =$

0,00001;  $\chi^2 = 5,0$ ;  $p = 0,02$ ) у хворих БА.

Ознаки хронічного легеневого серця виявлялися у 43,1 % хворих БА у поєднанні з артеріальною гіпертензією, що було вірогідно вище ( $p < 0,005$ ) у порівнянні з хворими БА без АГ (13,3 %). Виявлено вірогідний вплив АГ на розвиток легеневого серця ( $N = 8,2$ ;  $p = 0,004$ ;  $\chi^2 = 8,3$ ;  $p = 0,004$ ).

Щодо рівня астма-контролю, то хворі розподілилися таким чином: більшість хворих на БА з АГ (81,0 %) не досягали повного контролю перебігу захворювання, а мали лише частково контрольований перебіг. 14,3% пацієнта взагалі мали повністю неконтрольований перебіг бронхіальної астми та лише 14,9 % пацієнта досягали повного астма-контролю. Серед хворих на БА без АГ ситуація була дещо кращою: контрольований перебіг захворювання мали 41,2 % обстежених, частково контрольований – 47,1 % та лише у 11,8 % хворих астма мала неконтрольований перебіг.

При проведенні суб'єктивної кількісної оцінки контролю перебігу бронхіальної астми за допомогою шкали АСТ (тест з контролю над астмою) у хворих на БА з АГ (2-га група) цей показник був значно гіршим, ніж у хворих на БА без АГ (табл. 1).

Результати дослідження астма-контролю за опитувальником АСТ засвідчили, що повного контролю над перебігом захворювання вдалося досягти 23,5 % хворих першої групи та 10,6% – другої групи. Загальний середній бал за цим тестом складав  $21,4 \pm 0,3$  бала у першій групі пацієнтів та  $12,7 \pm 1,8$  бала у другій групі. Таким чином, більшість пацієнтів з БА без АГ продемонстрували хороший астма-контроль, у той час як більшості хворих з поєднаною патологією (87,2 %) не вдалося досягти контролю над перебігом захворювання. За допомогою дисперсійного аналізу виявлено негативний вплив супутньої артеріальної гіпертензії на перебіг основного захворювання у обстежених хворих на бронхіальну астму ( $F = 58,3$ ;  $p = 0,002$ ).

Таблиця 1

Показники контролю над перебігом захворювання за допомогою шкали АСТ

Показники шкали АСТ	Групи хворих	
	1-ша група (БА без АГ)	2-га група (БА з АГ)
	середній бал (M±m)	середній бал (M±m)
Виконання роботи	4,5±0,2	2,7±0,7
Утруднене дихання	3,9±0,2	2,2±1,0
Нічні симптоми	4,5±0,1	2,8±0,8
Терапія рятування	3,9±0,2	2,2±1,0
Астма-контроль	4,5±0,1	2,9±0,7
Загальний бал	21,4±0,7	12,7±1,8

У хворих на БА з АГ супутня артеріальна гіпертензія в більшості випадків була II стадії (91,5 %) та II ступеня (61,7 %).

Усім хворим також проводилися спірографія, електрокардіографія, доплер-ехокардіографія.

У хворих обох груп статистично вірогідно були знижені всі показники спірографії порівняно з контрольною групою здорових осіб ( $p < 0,01$ ). У всіх пацієнтів спостерігалася генералізована обструкція бронхів, у тому числі виражена обструкція мілких гілок бронхіального дерева. У хворих 2-ї групи виявлена тенденція до зниження показників вентиляційної здатності легень у порівнянні з хворими 1-ї групи, але це зниження було статистично невірогідним. Показник ОФВ<sub>1</sub> у хворих першої групи був на рівні  $52,2 \pm 5,6$  % та після проби з бронхолітиком склав  $60,3 \pm 5,2$  %. У хворих на БА з АГ показник ОФВ<sub>1</sub> був дещо нижчим ( $48,7 \pm 2,9$  %) і після проби з бронхолітиком склав  $57,9 \pm 3,0$  %. Проте вірогідної різниці між показниками ОФВ<sub>1</sub> у хворих обох груп не виявлено.

При проведенні проби з бронхолітиком виявлено значний приріст ОФВ<sub>1</sub> у хворих обох груп –  $0,4 \pm 0,1$  л, або в середньому на  $38,6 \pm 7,7$  % та  $31,0 \pm 3,9$  % відповідно, що підтверджує високу оборотність бронхіальної обструкції при БА загалом та демонструє більший приріст показника ОФВ<sub>1</sub> у хворих, які не мали артеріальної гіпертензії.

Виявлені під час спірографічного дослідження зміни свідчать про більш виражені порушення вентиляційної здатності легень та схильність до їх прогресування з розвитком необоротних порушень функції зовнішнього дихання у хворих на бронхіальну астму із супутньою артеріальною гіпертензією.

При проведенні електрокардіографічного дослідження у хворих на БА з АГ частіше діагностувалися різні патологічні зміни, у тому числі порушення ритму серцевої діяльності – 34,1 % проти 18,8 % у хворих на БА без АГ. Дифузні зміни в міокарді та порушення процесів реполяризації також частіше виявлялися у хворих другої групи – 40,9 % та 18,8 % відповідно.

Виявлені зміни свідчать про наявність виражених морфологічних порушень з боку серцево-судинної системи у хворих на бронхіальну астму із супутньою серцево-судинною патологією, етіологічними чинниками яких можуть бути гіперсимпатикотонія, шемія та перенапруження міокарда.

При аналізі розмірів порожнин серця були отримані такі результати. У 7,3 % хворих на БА з АГ та 6,3 % хворих на БА без АГ групи відзначалася дилатація порожнини правого шлуночка, що свідчить про швидкий розвиток у таких пацієнтів вторинних змін з боку серцево-судинної системи через виражену легеневу недостатність, яка чинить велике навантаження на мале коло кровообігу. У 2,4% пацієнта другої групи реєструвалася дилатація лівого передсердя, що може свідчити про початок розвитку систолічної дисфункції серця у хворих із супутньою АГ.

Для визначення розмірів порожнини і стінок лівого шлуночка використовувався метод структурно-геометричного ремоделювання. Структурно-геометричне ремоделювання ЛШ є основним пусковим фактором при формуванні систолічної і діастолічної дисфункції міокарда лівого шлуночка, основою виникнення і прогресування серцевої недостатності. Тип геометрії ЛШ має велике клінічне значення, оскільки б великою мірою визначає перебіг, прогноз і вибір тактики лікування хворих.

При визначенні типу геометрії лівого шлуночка були отримані такі результати. Нормальний тип геометрії ЛШ зафіксовано у 63,4 % хворих другої групи та у 81,3 % першої групи. Ексцентрична гіпертрофія виявлена у 6,2 % хворих першої групи та у 17,1 % хворих другої групи, концентрична – у 12,5 % хворих першої групи та 19,5 % – другої групи. Діастолічна функція ЛШ була порушена також у 12,5 % хворих першої групи та у 19,5 % другої групи.

Таким чином, привертає на себе увагу те, що при наявності великої кількості хворих на артеріальну гіпертензію, у загальній масі хворих не спостерігалось виражених структурних змін з боку серця. У хворих, як правило, геометрія лівого шлуночка була нормальною. Це свідчить про нестійкий та нетривалий характер підвищення АТ серед пацієнтів із бронхіальною астмою. Проте слід зазначити той факт, що у 18,7 % хворих без діагностованої артеріальної гіпертензії відзначалися зміни геометрії лівого шлуночка, характерні для стійкого підвищення АТ. Це зумовлює необхідність більш ретельного моніторингу рівня артеріального тиску у всіх хворих на легеневу патологію та якомога раннього початку корекції виявлених змін.

Порушення діастолічної функції ПШ відзначалося у 9,8 % хворих другої групи. Відомо, що у хворих на бронхіальну астму поступово розвивається фіброз легеневої тканини, у тому числі страждає мікроциркуляторне русло, підвищується тиск у легеневій артерії з розвитком вторинної легеневої гіпертензії, виникає

ремоделювання правого шлуночка, яке проявляється в порушенні його діастолічної функції.

#### Висновки

1. У результаті проведеного клінічного дослідження встановлено, що для хворих, у яких БА поєднується з супутньою АГ, характерні більш тяжкий перебіг та тривалість основного захворювання, довготривалий прийом інгалаційних глюкокортикостероїдів у більш високих дозах, прийом системних гормонів, нижчий рівень досягнення астма-контролю та значно вираженіші ступені легеневої та серцево-судинної недостатності. Розвиток артеріальної гіпертензії також пов'язаний з віком, фактором паління та підвищеною масою тіла.

2. У хворих на бронхіальну астму у поєднанні з артеріальною гіпертензією спостерігалися обструктивно-рестриктивні порушення функції зовнішнього дихання та схильність до їх прогресування з розвитком необоротних змін, розлади електричної активності серця у вигляді порушень серцевого ритму та процесів реполяризації, розвиток гіпертрофії лівого шлуночка.

3. Наші спостереження засвідчили, що ступінь вираженості клінічних проявів, тяжкість захворювання та досягнення контролю над перебігом захворювання залежать не тільки від ступеня тяжкості бронхіальної астми, але й від наявності супутньої артеріальної гіпертензії, що необхідно враховувати при оцінці стану життєдіяльності і проведенні медико-соціальної експертизи та реабілітації таких хворих.

#### Література

1. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2010–2012 роки: Аналітико-інформаційний довідник / [А. В. Іпатов, С. І. Черняк, О. М. Мороз та ін.]; за редакцією директора Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України М. К. Хобзея. – Дніпропетровськ: Пороги, 2010–2012. – 135 с.

2. Фещенко Ю. И. Бронхиальная астма: современные возможности диагностики и пути достижения контроля / Ю. И. Фещенко, Л. А. Яшина // Здоров'я України. – 2010. – № 2 (червень). – С. 18–20.

3. Мостовой Ю. М. Бронхиальная астма, ХОЗЛ та серцево-судинні захворювання [Текст] / Ю. М. Мостовой // Здоров'я України. – 2011. – № 3 (256). – С. 30–31.

4. Чичерина Е. Н. Состояние сердечно-сосудистой системы у больных бронхиальной астмой различной степени тяжести / Е. Н. Чичерина, В. В. Шипицына // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2003. – № 8. – С. 25–28.

5. Гаврилюк В. К. Клиническая классификация дыхательных и гемодинамических нарушений при заболеваниях легких / В. К. Гаврилюк // Ліки України. – 2004. – № 11 (88). – С. 29–31.

6. Демко И. В. Особенности клинической картины и лечения бронхиальной астмы, сочетаю-

щейся с заболеваниями сердечно-сосудистой системы / И. В. Демко, Н. В. Гордеева, М. М. Петрова, И. П. Арпюхов // Тер. архив. – 2007. – № 9. – С. 60–65.

7. Доля О. М. Стан серцево-судинної системи у хворих на бронхіальну астму та при її поєднанні з артеріальною гіпертензією і ефективність медикаментозної корекції: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 20.01.2006 / О. М. Доля. – Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського – Симферополь, 2006. – 20 с.

8. GINA Report, Global Strategy For Asthma Management And Prevention. – 2012. – <http://www.ginasthma.org>.

9. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.07 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія».

10. Черняк А. В. Эффективность беклометазона дипропионата при длительном применении у больных бронхиальной астмой / А. В. Черняк, Г. М. Сахарова, А. Г. Чучалин // Пульмонология. – 1998. – № 3. – С. 76.

11. Наказ МОЗ України № 507 від 28.12.2002 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія».



УДК 613.015.616.24-002.5-616-036.086

## ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ПРИ ОГЛЯДІ У МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ЕКСПЕРТНИХ КОМІСІЯХ

В. П. Бондарь, Ю. В. Жадова

КЗ «Кіровоградське обласне бюро медико-соціальної експертизи»

### Резюме

*В статье отображаются вопросы психодиагностической работы психолога с инвалидами, больными туберкулезом, в условиях МСЭК, социально-психологические особенности больных туберкулезом. Основным вопросом, освещаемым в статье, есть реакция инвалидов на болезнь и изменения в психике, которые предопределены заболеванием. Отдельно выделен вопрос профессиональной реабилитации и ориентации, которая является важнейшим фактором в социально-психологической реабилитации.*

**Ключевые слова:** реакция на заболевание, туберкулез, психологическое обследование, медико-социальная экспертная комиссия, реабилитация.

### Summary

*In the article the question of psychodiagnostic work of psychologist is represented with invalids which ill tuberculosis in the conditions of MSEK. There are socialpsychological features of patients with tuberculosis. Basic question which lights up in the article is "A reaction of invalids is on a disease and changes in a psyche, which are predefined a disease". The question of professional rehabilitation and orientation which is a major factor in a socialpsychological rehabilitation is separately selected.*

**Keywords:** reaction on a disease, tuberculosis, psychological inspection, medical-social expert commission, rehabilitation.

Робота психологів на медико-соціальних експертних комісіях спрямована на вивчення психологічного стану хворих, що направлені на МСЕК, через індивідуальний підхід до вирішення проблем реабілітації та адаптації. Важливим є з'ясувати, чи буде соціально-психологічний стан інваліда сприяти його реабілітації, чи має хворий зовнішні стимули для досягнення реабілітаційних цілей. Для реабілітаційного ефекту, який у пода-

льшому матиме позитивний характер, велике значення відіграють психофізіологічний потенціал інваліда та особистісний потенціал. З вищевказаного стає очевидним, що розвиток реабілітаційного направлення вимагає вивчення ролі особистості хворого, його позиції щодо свого захворювання, лікування, від цього залежить перебіг реабілітації та активна участь у ній хворого.