**ВЗАЄМОВПЛИВ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНІВ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ**

Смирнова В.І., Науменко О.О.

*Харківський національний медичний університет*

*КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня №13»*

Мета: вивчити особливості клінічних проявів, при взємному впливі хронічного обструктивного захворювання легенів (ХОЗЛ) в поєднанні з гіпертонічною хворобою (ГБ).

Матеріали та методи: у дослідженні приймали участь 67 хворих, віковий діапазон від 37 до 76 років, із встановленим діагнозом ХОЗЛ та ГХ. Тривалість ХОЗЛ складала 7,6±2,6 років, артеріальної гіпертензії - 10,2±2,4 років, ХОЗЛ - 10,2±1,4 років, тривалість захворювання визначалась за даними медичної документації. Для оцінки ступеня бронхіальної обструкції хворим була проведена спірографія з визначенням показників ОФВ1 та ОФВ/ФЖЕЛ. Обстежені були розділені на 2 групи: 1 група - 34 хворих на ХОЗЛ; 2 група – 33 хворих на ХОЗЛ та ГХ. Ступінь легеневій гіпертензії (ЛГ) визначали за даними ехокардіоскопічного дослідження, методом визначення систолічного тиску у легеневій артерії (СТЛА). Статистичний аналіз виконаний в програмі «Biostat». Результати: встановлено, що основними скаргами були кашель, мокрота, слабкість, задишка в спокої і нічні напади задухи, які достовірно частіше реєструвалися у жінок (68,0%), ніж у чоловіків (36,2%, p <0,05). Оцінка частоти виникнення загострень ХОЗЛ показала, що у хворих з ізольованим ХОЗЛ більш ніж у половині випадків виявлено загострення 2 рази на рік (64,6%), ніж в групі з сполученої патологією (26,4%, p􀀀0,01), де загострення виникали частіше: 3 рази на рік (28,0%, p􀀀0,01), 4 рази на рік (20,2%, p􀀀0,01) і більше 4-х разів на рік (15,0%, p􀀀0,05). При поєднанні ХОЗЛ та ГХ внаслідок спазму периферичних судин, що потенціював розвиток дихальної недостатності (ДН) з наростанням гіпоксії, яка й була більш значною у 2-й групі. Так, показники сатурації крові у хворих обох груп склали відповідно 95,6 ± 0,3 і 92,5 ± 0,2%, (p􀀀0,05). Аналіз структури ступенів тяжкості ДН, виявив більш високу поширеність важких ступенів в групі з поєднаною патологією (80,1%), ніж з ізольованим ХОЗЛ (50,4%, p􀀀0,01). Результатом безпосереднього впливу ХОЗЛ на формування судинного ушкодження та атерогенезу стало переважання у хворих 2-ї групи більш тяжкої ГХ. Так ГХ ІІ ст., реєструвалася у 64,1% хворих, (p􀀀0,01), у чоловіків -27,1%, у жінок 37,0%, (p􀀀0,05). Паралельно при приєднанні ГХ посилюється гіпоксична вазоконстрикція судин з ремоделюванням, що і зумовило найбільші значення СТЛА у хворих 2-ї групи - 36,0 ± 2,8 мм.рт.ст., проти 28,9 ± 1,1 мм.рт.ст ., (p <0,05), що відповідало ЛГ 2 ступеня.

Висновки: клінічна картина ХОЗЛ при поєднанні з гіпертонічною хворобою характеризується більш тяжким перебігом у вигляді збільшення частоти щорічних загострень, посиленням вентиляційних порушень, наростання ступеня дихальної недостатності, легеневої і артеріальної гіпертензії.