

9. Praga M, Hernandez E, Morales E. Clinical features and long-term outcome of obesity-associated focal segmental glomerulosclerosis. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2001;16:1790–8.

10. Ribstein J, Verhave JC, Fesler P. Estimation of renal function in subjects with normal serum creatinine levels: influence of age and body mass index. *Am. J. Kidney Dis.* 2005;46:233–41.

11. Tomaszewski M, Charchar FJ, Maric C. Glomerular hyperfiltration: a new marker of metabolic risk. *Kidney Int.* 2007;71:816–21.

12. Wang Y, Chen X, Song Y. Association between obesity and kidney disease: a systemic review and meta-analysis. *Kidney Int.* 2008;73:19–33.

13. Wolf G. After all those fat years: renal consequences of obesity. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2003;18:2471–4.

14. Wuerzner G, Pruijm M, Maillard M. Marked association between obesity and glomerular hyperfiltration: a cross-sectional study in an African population. *Am. J. Kidney Dis.* 2010;56(2):303–12.

Стаття надійшла до редакції
20.03.2015



УДК 616.24-007.272-036.1-002.1-071.3-08

К.Ю. Гашинова

**КЛІНІКО-АНТРОПОМЕТРИЧНІ
ХАРАКТЕРИСТИКИ АМБУЛАТОРНИХ
ХВОРИХ НА ХОЗЛ, ЯКІ НАЛЕЖАТЬ
ДО РІЗНИХ ГРУП ТА ВІДРІЗНЯЮТЬСЯ
ТЯЖКІСТЮ ОБСТРУКЦІЇ
ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра факультетської терапії та ендокринології
(зав. – член-кор. НАМН України, д. мед. н., проф. Т.О. Перцева)
вул. Дзержинського, 9, Дніпропетровськ, 49044, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
Dzerzhinsky str., 9, Dnipropetrovsk, 49044, Ukraine
e-mail: gashynova@mail.ru*

Ключові слова: ХОЗЛ, класифікація, клініко-антропометричні характеристики

Key words: COPD, classification, clinical and anthropometric characteristics

Реферат. Клинико-антропометрические характеристики амбулаторных больных ХОБЛ, принадлежащих к разным группам и отличающихся тяжестью обструкции дыхательных путей. Гашинова Е.Ю. Целью исследования было сравнение клинико-антропометрических характеристик больных ХОБЛ, отличающихся по степени бронхиальной обструкции и относящихся к группам А, В, С, D по классификации GOLD, 2011. Обследовано 112 амбулаторных больных ХОБЛ в фазе ремиссии. У всех пациентов регистрировались антропометрические данные, рассчитывался индекс массы тела, изучался медицинский анамнез, оценивалась одышка по шкале mMRC, проводилась спирометрия. Подтверждено, что амбулаторные больные с ХОБЛ – это разнородная группа, в которой большинство составляют лица с умеренной (48,22 %) и тяжелой (30,36 %) обструкцией дыхательных путей. Несмотря на подавляющее большинство мужчин среди амбулаторных больных, установлено, что процент женщин достоверно ($p = 0,002$) выше среди пациентов с легкой и умеренной обструкцией (22,58±5,31 %) по сравнению с лицами с тяжелой или очень тяжелой степенью ограничения воздушного потока в дыхательных путях (6,00±3,36 %). Больные с тяжелой и очень тяжелой обструкцией имеют достоверно больший возраст ($p = 0,024$). В то же время при распределении пациентов по классификации GOLD, 2011, все группы больных не отличаются ни по одному из антропометрических

показателів, в том числі по полу і по віксту ($p > 0,050$). Розподілення больних по групам ризика будучих обострень не являється зеркальним отраженням градації в соответствии со степеню обструкції дихательних путей. Кожний второй ($50,00 \pm 4,43$ % случаев) пацієнт входить в групу С і кожний десятый ($10,20 \pm 4,32$ %) относится к групі D не по степені бронхообструкції, а по количеству обострень в течение прошлого года. Поэтому в дальнейших исследованиях целесообразно использование обоих принципов классификации больных.

Abstract. Clinical-anthropometric characteristics of COPD outpatients belonging to the different groups and having different severity of airway obstruction. Gashynova K.Y. *The aim of the study was to compare the clinical and anthropometric characteristics of patients with COPD, which differ in the degree of airways obstruction and belong to groups A, B, C, D in accordance with GOLD, 2011 classification. A total of 112 ambulatory COPD patients in remission made the study sample. Anthropometric data, body mass index, medical history, dyspnea by mMRC scale, and spirometry was performed for all patients. There was confirmed that outpatients with COPD is a heterogeneous group, in which the majority are those with moderate (48.22 %) and severe (30.36 %), airway obstruction. Despite the vast majority of men among outpatients, the percentage of women among patients with mild to moderate obstruction (22.58 ± 5.31 %) was significantly higher ($p=0.002$) as compared with those with severe or very severe limitation of airflow (6.00 ± 3.36 %). Patients with severe and very severe obstruction were of significantly older age ($p = 0.024$). At the same time, the distribution of patients according to the GOLD, 2011 classification, demonstrate that all groups did not differ on any of the anthropometric indicators, including gender and age ($p > 0.050$). Distribution of patients by groups with different risk for future exacerbations is not a mirror image of gradation in accordance with the degree of airway obstruction. Every second (50.00 ± 4.43 % of cases) patient is included in group C and every tenth (10.20 ± 4.32 %) belongs to the group D not due to degree of bronchial obstruction, but due to the number of exacerbations in the past year. Therefore, in future studies it is advisable to use both principles of patients' classification.*

Результати останніх досліджень підтвердили, що пацієнти з ХОЗЛ з аналогічним ступенем обмеження повітряного потоку відрізняються за клінічними характеристиками, частотою загострень, толерантністю до фізичних навантажень, працездатністю та загальним самопочуттям [5, 6, 8]. Тому у двох останніх редакціях Глобальної ініціативи з діагностики та лікування ХОЗЛ (GOLD) в основу класифікації була покладена багатокомпонентна оцінка стану хворого з урахуванням не тільки показників функції зовнішнього дихання (ФЗД), але й виразності симптомів захворювання, а також визначенням майбутніх ризиків на підставі кількості загострень та/або кількості госпіталізацій через загострення ХОЗЛ протягом минулого року [12]. Аналогічний підхід був запропонований і в Наказі № 555 Міністерства охорони здоров'я України від 27 червня 2013 року [3]. Втім, результати досліджень, що опановані на теперішній час, стосовно використання критеріїв нової класифікації для прогнозування перебігу ХОЗЛ не є однозначними [7, 9, 10, 11, 13]. Тому актуальним вважається аналіз відмінностей між хворими, що були розподілені лише за ступенем обмеження повітряного потоку в дихальних шляхах, з тими, хто був віднесений до різних категорій за принципами нової класифікації.

Метою дослідження було порівняння клініко-антропометричних характеристик хворих на ХОЗЛ, що відрізнялись за ступенем бронхіальної

обструкції, та пацієнтів, які належали до груп А, В, С, D згідно з класифікацією GOLD, 2011.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У дослідження були залучені амбулаторні хворі на ХОЗЛ у фазі ремісії, які проходили планове обстеження в регіональному діагностичному центрі «Спіро» при комунальному закладі «Дніпропетровська шоста міська клінічна лікарня» Дніпропетровської обласної ради» з 2007 по 2014 рік. У всіх пацієнтів реєструвались антропометричні дані (стать, вік, зріст, маса), розраховувався індекс маси тіла (ІМТ), вивчався медичний анамнез (тривалість захворювання з моменту вперше задокументованого діагнозу та кількість загострень протягом минулого року), оцінювалась задишка за модифікованою шкалою Британської медичної ради (mMRC) [12]. Усім хворим проводилась спірометрія за допомогою спірографа MasterLab (Viasis, Німеччина) з оцінкою пост-бронходилатційних значень об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁), форсованої життєвої ємності легень (ФЖЄЛ), та співвідношення ОФВ₁/ФЖЄЛ [1, 14]. Результати, що отримані, були оброблені із застосуванням описової та аналітичної статистики за допомогою програми «STATISTICA 6.1» (StatSoft Inc., USA, серійний № AGAR909 E415822FA) [2, 4].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У дослідження було включено 112 хворих. Серед них було 17 ($15,18 \pm 3,39$ %) жінок та

95 чоловіків (84,82±3,39 %), які склали переважну ($p < 0,001$) більшість. Середній вік становив 60,80±9,52 року, зріст дорівнював 173,00 [168,00-178,00] см, маса – 79,50 [69,00-94,30] кг, стаж захворювання становив 9,00 [3,00-17,00] років. Контингент досліджуваних був представлений хворими з усіма ступенями тяжкості бронхіальної обструкції, від легкої до дуже тяжкої, тобто виявився досить репрезентативним. Оцікувано, найменшу групу склали хворі з легким ступенем обмеження повітряного потоку (8 осіб, 7,14±2,43 %), оскільки такі пацієнти надзвичайно рідко звертаються за медичною допомогою, тому що або зовсім не мають симптомів, або не вважають їх значущими. Також є сподіваним, що

осіб з дуже тяжким обмеженням повітряного потоку теж було не дуже багато (лише 16, 14,28±3,31 %), адже, зазвичай, такі хворі не є частими відвідувачами амбулаторних медичних установ, але, навпаки, через тяжкий стан. Найчисленнішими у вибірці були хворі з помірною (54 особи, 48,22±4,72 %) та тяжкою (34 особи, 30,36±4,34 %) обструкцією дихальних шляхів. Проте загальна кількість досліджуваних з легкою та помірною тяжкістю у сумі приблизно дорівнювала кількості осіб з тяжкою та дуже тяжкою бронхіальною обструкцією ($p = 0,109$). Дані аналізу антропометричних характеристик хворих з різним ступенем бронхіальної обструкції наведені у таблиці 1.

Таблиця 1

Антропометричні дані амбулаторних хворих на ХОЗЛ з різним ступенем тяжкості бронхіальної обструкції

Показники	Легкий (I) (n = 8)	Помірний (II) (n = 54)	Тяжкий(III) (n = 34)	Дуже тяжкий (IV) (n = 16)
Стать:				
1) чоловіки, n (P±m %)	5 (63,50±17,12)	43 (79,63±5,8)	52 (98,06±2,90)	14 (87,50±8,27)
2) жінки, n (P±m %)	3 (37,50±17,12)	11 (20,37±5,8)	1 (2,94±2,90)	2 (12,50±8,27)
Вік, роки	57,00	60,00	64,00	64,00
Med [25 %-75 %],	[51,50-61,50]	[53,00-65,00]	[59,00-69,00]	[59,50-68,50]
Зріст, см	170,00	173,00	174,00	172,00
Med [25 %-75 %],	[157,50-176,00]	[166,00-179,40]	[170,00-176,00]	[166,00-174,50]
Маса, кг	86,60	83,55	79,15	73,09
Med [25 %-75 %],	[77,25-100,50]	[69,30-93,25]	[64,00-95,55]	[65,20-79,50]
ІМТ, кг/м²	27,00	27,34	27,25	24,56
Med [25 %-75 %],	[26,57-30,99]	[24,49-32,19]	[23,10-32,15]	[23,01-35,63]

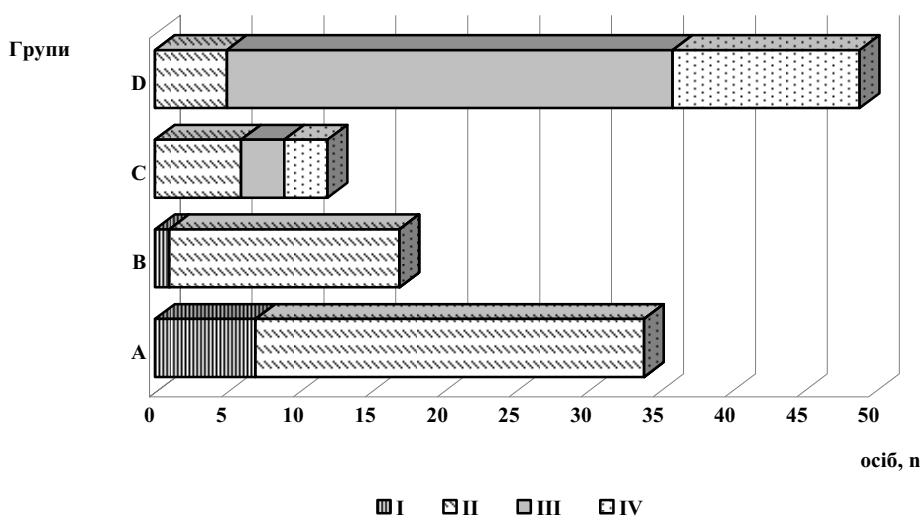
Згідно з отриманими даними, у пацієнтів з різним ступенем тяжкості обструкції не було встановлено значущих відмінностей за зростом ($p = 0,175$), масою тіла ($p = 0,151$) та ІМТ ($p = 0,651$). Хворі також не відрізнялись за стажем захворювання ($p = 0,065$). Але хворі з тяжкою та дуже тяжкою обструкцією були достовірно старішими ($p = 0,024$). Також привертає увагу той факт, що, незважаючи на переважну більшість чоловіків в усіх групах, відсоток жінок був достовірно ($p = 0,002$) більший серед хворих з легкою та помірною обструкцією (22,58±5,31 %) порівняно з хворими з тяжким або дуже тяжким ступенем обмеження повітряного потоку в дихальних шляхах (6,00±3,36 %).

Картина розмежування пацієнтів згідно з критеріями GOLD, 2011 дещо відрізнялась від традиційної градації за ступенями бронхіальної обструкції. Так, майже третина досліджуваних

(34 особи, 30,36±4,34 %) належала до групи А, тобто при легкій або помірній обструкції мала мінімальні симптоми захворювання та не страждала на часті загострення. Але ще більш численними були хворі групи D (49 осіб, 43,75±4,69), які при тяжкій або дуже тяжкій обструкції мали високий ризик загострення та значні клінічні прояви. Тобто найвагомішими у вибірці хворих, які були включені в дослідження, виявились діаметрально протилежні типи пацієнтів. У той же час групи В і С (17 (15,18±3,39 %) та 12 (10,71±2,92 %) осіб відповідно), які були приблизно однаковими ($p = 0,319$), виявились значно ($p < 0,050$) меншими порівняно з групами А або D, хоча в сумі кількість хворих груп В і С становила більше ніж чверть усіх осіб, які знаходились під спостереженням. Втім, питання призначення адекватного лікування саме хворим, у яких ступень

обструкції дихальних шляхів розбігається з виразністю клінічних проявів, є предметом найпалкіших дискусій у сучасній пульмонології. Тому вельми важливим є приділення уваги саме цій досить численній «перехідній» когорті для удосконалення діагностики і прогнозування перебігу ХОЗЛ. Також при аналізі розподілення на категорії хворих, які були залучені в дослідження, встановлено, що кількість пацієнтів з високим або низьким ризиком майбутніх загострень згідно з класифікацією GOLD, 2011, була приблизно однаковою ($p = 0,182$). У той же час хворих, чий симптоми були досить виразними

(В та D), виявилось достовірно ($p = 0,013$) більше, ніж досліджуваних з мінімальними клінічними проявами хвороби (А та С). Оскільки результати градації хворих за групами ризику майбутніх загострень не були дзеркальним відбитком розподілення відповідно до ступеня обструкції дихальних шляхів, цікавим видалося проаналізувати, за якими саме критеріями пацієнти були віднесені до певної групи. Для цього було визначено кількість пацієнтів з тим чи іншим ступенем бронхіальної обструкції у кожній з груп (рис.).



Наявність хворих на ХОЗЛ з різним ступенем бронхіальної обструкції у групах А, В, С, D

Згідно з отриманими даними, переважна ($p = 0,003$) більшість хворих з легкою обструкцією (7 осіб) очікувано належала до групи А, тобто мала мінімальні прояви ХОЗЛ або зовсім не пред'являла скарг. Лише один із хворих з бронхіальною обструкцією I ступеня вже мав виразні симптоми захворювання, тому був віднесений до групи В. В обох групах хворих з низькою імовірністю майбутніх загострень достовірно ($p < 0,001$) переважали пацієнти з помірною обструкцією (27 осіб ($79,41 \pm 6,93$ % від кількості хворих у групі) належало до категорії А та 16 осіб ($94,12 \pm 5,71$ % від кількості хворих у групі) – до категорії В, $p = 0,173$), що було очікувано для останньої, але досить несподівано відносно групи А.

Такі дані підтверджують факт, що при існуючій помірній обструкції дихальних шляхів доволі вагома кількість хворих не відзначає значущих клінічних проявів, не страждає від частих загострень і тому нерідко залишається без будь-якого лікування та медичної допомоги. Але ще

цікавіші дані були отримані при аналізі критеріїв відношення пацієнтів до категорій з високим ризиком майбутніх загострень. Так, хворі з усього лише помірним обмеженням прохідності дихальних шляхів склали половину (6 осіб ($50,00 \pm 14,43$ %)) від тих, хто був віднесений до групи С, і, навіть у самій «тяжкій» групі D такі пацієнти не були малочисленими (5 хворих ($10,20 \pm 4,32$ %)). Отже, отримані дані підтверджують існування ймовірного ризику несприятливих подій у суб'єктів навіть з нетяжкою бронхіальною обструкцією. Слід зазначити, що, на відміну від усіх інших груп, серед пацієнтів, які були віднесені до категорії D, достовірно ($p = 0,009$) переважали особи з тяжким обмеженням повітряного потоку ($n = 31$, ($63,27 \pm 6,89$ %)). У групі С таких пацієнтів було 3 ($25,00 \pm 12,50$ %). Хворі з IV ступенем порушення прохідності дихальних шляхів були як у групі С ($n = 3$, ($25,00 \pm 12,50$ %)), так і серед осіб, які були віднесені до групи D ($n = 13$, ($26,53 \pm 6,31$ %)). Відтак, серед осіб з високим ризиком загострень

ХОЗЛ хворі з дуже тяжкою обструкцією складають приблизно чверть, незалежно від того, до якої категорії (С чи D) вони належать. Таким чином, кожний другий (50,00±14,43 % випадків) хворий відповідає ознакам групи С і кожний десятий (10,20±4,32 %) належить до групи D не за ступенем бронхообструкції, а за кількістю загострень протягом минулого року. Тому при

проведенні подальших досліджень вважається доцільним використання обох принципів класифікування хворих.

Також доцільним вважалось встановити, чи існують відмінності в антропометричних характеристиках хворих, які належали до різних груп ризику майбутніх загострень (табл. 2).

Таблиця 2

Антропометричні дані хворих на ХОЗЛ, які належать до різних груп

Показники	A (n = 34)	B (n = 17)	C (n = 12)	D (n = 49)
Стать:				
1) чоловіки, n (P±m %)	27 (79,41±6,93)	13 (76,47±10,29)	11 (91,67±7,98)	44 (89,80±4,32)
2) жінки, n (P±m %)	7 (20,59±6,93)	4 (23,53±10,29)	1 (8,33±7,98)	5 (10,20±4,32)
Вік, роки	61,00	60,00	61,58	64,00
Med [25 %-75 %],	[53,00-65,00]	[55,00-63,00]	[55,50-71,50]	[59,00-68,00]
Зріст	171,00	175,00	171,64	174,00
Med [25 %-75 %], см	[164,50-178,50]	[165,00-178,40]	[168,00-175,00]	[170,00-176,00]
Маса, кг	83,20	85,00	81,60	76,00
Med [25 %-75 %],	[69,45-93,25]	[73,00-91,00]	[69,35-98,35]	[63,35-93,00]
ІМТ, кг/м ²	26,77	28,72	24,78	24,40
Med [25 %-75 %],	[24,49-30,42]	[25,52-32,19]	[23,32-35,63]	[23,10-31,30]

У пацієнтів, які належали до різних груп, не було встановлено значущих відмінностей за віком ($p = 0,310$) та зростом ($p = 0,773$). Хоча хворі групи D мали дещо нижчу масу тіла та ІМТ, такі відмінності також не були достовірними ($p = 0,496$ та $p = 0,479$ відповідно). Хворі різних груп не відрізнялись за стажем захворювання ($p = 0,054$). У кожній з груп чоловіки складали переважну більшість. При тому статевий склад був приблизно однаковий ($p > 0,05$) в усіх категоріях хворих. Тобто антропометричні характеристики не були пов'язані з тим, до якої категорії належали хворі. Таким чином, як пацієнти з різним ступенем обструкції дихальних шляхів, так і пацієнти, які належать до різних груп, є порівняними за зростом, вагою, ІМТ та стажем захворювання. Однак при градації хворих з урахуванням лише ступеня обмеження повітряного потоку визначаються відмінності за відсотком жінок та віком у групах з тяжким та нетяжким перебігом. У той же час при розподіленні пацієнтів згідно з класифікацією GOLD, 2011, усі групи пацієнтів порівняні також і за статтю, і за віком.

ВИСНОВКИ

1. Підтверджено, що амбулаторні хворі на ХОЗЛ – це різнорідна група пацієнтів, у якій більшість складають особи з помірною (48,22 %) і

і тяжкою (30,36 %) обструкцією дихальних шляхів.

2. Незважаючи на традиційну переважну більшість чоловіків серед амбулаторних хворих, встановлено, що відсоток жінок достовірно ($p = 0,002$) вищий серед пацієнтів з легкою та помірною обструкцією (22,58±5,31%) порівняно з хворими з тяжким або дуже тяжким ступенем обмеження повітряного потоку у дихальних шляхах (6,00±3,36%). При тому хворі з тяжкою та дуже тяжкою обструкцією є достовірно старшими ($p = 0,024$). У той же час при розподіленні пацієнтів згідно з класифікацією GOLD, 2011, усі групи не відрізняються за жодним з антропометричних показників, у тому числі ані за статтю, ані за віком.

3. Розподіл хворих за групами ризику майбутніх загострень згідно з редакцією GOLD, 2011 та Наказом № 555 МОЗ України від 27 червня 2013 року не є дзеркальним відбитком градації відповідно до ступеня обструкції дихальних шляхів. Кожний другий (50,00±14,43 % випадків) пацієнт відповідає групі С і кожний десятий (10,20±4,32 %) належить до групи D не за ступенем бронхообструкції, а за кількістю загострень протягом минулого року. Тому в подальших дослідженнях вважається доцільним використання обох принципів класифікування хворих.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Інструментальні методи дослідження функції зовнішнього дихання при захворюваннях бронхолегеневої системи: метод. рекомендації / Ю.М. Мостовий, Т.В. Константинович-Чічерельо, О.М. Колошко, Л. В. Распутіна. – Вінниця, 2000. – 36 с.
2. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Губенко, П. Н. Бабич. – К.: Морион, 2000. – 320 с.
3. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Ппульмонологія": Наказ МОЗ України №555 від 27.06.2013 р. / Міністерство охорони здоров'я України. Офіц. вид. – К., 2013. – 3 с.
4. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – М.: Медиасфера, 2002. – 312 с.
5. Фещенко Ю.И. Новая редакция глобальной инициативы по ХОЗЛ / Ю.И. Фещенко // Укр. пульмонол. журнал. – 2012. – № 2. – С. 6–8.
6. Burgel P.-R. Identification of Clinical Phenotypes Using Cluster Analyses in COPD Patients with Multiple Comorbidities [Electronic Resource] / Pierre-Régis Burgel, Jean-Louis Paillasseur, and Nicolas Roche // Hindawi Publishing Corporation BioMed Research International. – 2014. – Article ID 420134, 9 pages. – Режим доступу : <http://dx.doi.org/10.1155/2014/420134>
7. Calverley P.M.A. The ABCD of GOLD made clear / P. M. A. Calverley // Eur. Resp. J. – 2013. – Vol. 42. – P. 1163–1165.
8. Characterisation of COPD heterogeneity in the ECLIPSE cohort / A. Agusti, P.M.A. Calverley, B. Celli [et al.] // Resp. Research. – 2010. – Vol. 11. – Article 122.
9. Characteristics, stability and outcomes of the 2011 GOLD COPD groups in the ECLIPSE cohort / A. Agusti, L.D. Edwards, B. Celli [et al.] // Eur. Resp. J. – 2013. – Vol. 42. – P. 636–646.
10. Comparison of 2011 and 2007 Global initiative for chronic obstructive lung disease guidelines for predicting mortality and hospitalization / A. Johannessen, R.M. Nilsen, M. Storebo [et al.] // Am. J. Resp. Crit. Care Med. – 2013. – Vol. 188. – P. 51–59.
11. Distribution and Prognostic Validity of the New Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Grading Classification / J. B. Soriano, Inmaculada Alfageme, Pere Almagro [et al.] // CHEST. – 2013. – Vol. 143, N 3. – P. 694–702.
12. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report [Electronic Resource] / WHO, 2014. – Режим доступу: <http://www.goldcopd.com/>.
13. Prediction of the clinical course of chronic obstructive pulmonary disease, using the new GOLD classification: a study of the general population / P. Lange, J.L. Marott, J. Vestbo [et al.] // Am. J. Resp. Crit. Care Med. – 2012. – Vol. 186. – P. 975–981.
14. Series ATS/ERS task force: Standardisation of lung function testing / V. Brusasco [et al.] // Eur. Resp. J. – 2005. – Vol. 26. – P. 319–338.

REFERENCES

1. Mostoviy YuM, Konstantinovich-Chicherel'o TV, Koloshko OM, Rasputina LV. [Respiratory function tusting in patients with broncho-pulmonary diseases]. Vinnitsya; 2000. Russian.
2. Lapach SN, Gubenko AV, Babich PN. [Statistic methods in medical-biological investigations by means of Excel] Kiev: Morion; 2000. Russian.
3. [On approval of clinical protocols of care in the "Pulmonology" specialty]: Order N 555 MoH of Ukraine (June 27, 2013). Ukrainian.
4. Rebrova OYu. [Statistical analysis of medical data. Application of software package STATISTICA]. Moscow: Mediasphera; 2002. Russian.
5. FeshchenkoYuI. [New edition of Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases]. Ukrain's'kiy pul'monologichniy zhurnal. 2012;2:6-8. Russian.
6. Burgel PR, Paillasseur JL, Roche N. Identification of clinical phenotypes using cluster analyses in COPD patients with multiple comorbidities. Hindawi Publishing Corporation BioMed Research International; 2014. [cited 2014 Dec 25]; [about 9 p.]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/420134>
7. Calverley PMA. The ABCD of GOLD made clear. European Respiratory Journal. 2013;42:1163–5.
8. Agusti A, Calverley PMA, Celli B, [et al.]. Characterisation of COPD heterogeneity in the ECLIPSE cohort. Respiratory Research. 2010;11:122.
9. Agusti A, Edwards LD, Celli B, [et al.]. Characteristics, stability and outcomes of the 2011 GOLD COPD groups in the ECLIPSE cohort. European Respiratory Journal. 2013;42:636–46.
10. Johannessen A, Nilsen RM, Storebo M, [et al.]. Comparison of 2011 and 2007 Global initiative for chronic obstructive lung disease guidelines for predicting mortality and hospitalization. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2013;188:51–9.
11. Soriano JB, Alfageme I, Almagro P, [et al.]. Distribution and Prognostic Validity of the New Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Grading Classification. CHEST. 2013;143(3):694–702.
12. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report WHO; 2014.

[cited 2014 Dec 15]. Available from: <http://www.gold-copd.com/>.

13. Lange P, Marott JL, Vestbo J, [et al.]. Prediction of the clinical course of chronic obstructive pulmonary disease, using the new GOLD classification: a study of

the general population. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2012;186:975–81.

14. Brusasco V, [et al.]. Series ATS/ERS task force: Standardisation of lung function testing. *European Respiratory Journal*. 2005;26:319–38.

Стаття надійшла до редакції
16.03.2015



УДК 616.12 – 008.331.1:616.89-008.45/48:614.253.1/2

**Т.А. Хомазюк,
В.Ю. Кротова,
О.В. Соя,
В.М. Ягольник**

КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В РЕАЛЬНІЙ ЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра пропедевтики внутрішньої медицини
(зав. – д. мед. н., проф. Т.А. Хомазюк)
вул. Дзержинського, 9, Дніпропетровськ, 49044, Україна
ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»
пров. Радянський, 1а, Дніпропетровськ, 49027, Україна
Відокремлений структурний підрозділ
«Клініка медичної академії МОЗ України»
вул. Пастера, 26, Дніпропетровськ, 49000, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
Dzerzhinsky str., 9, Dnipropetrovsk, 49044, Ukraine
SI «Ukrainian State Institute of Medical and Social Problems of Disability
Ministry of Health of Ukraine»
Radyansky lane, 1a, Dnipropetrovsk, 49027, Ukraine
«Clinic of medical academy Ministry of Health of Ukraine»
Pasteur str., 26, Dnipropetrovsk, 49000, Ukraine
e-mail: vika_krotova@mail.ru

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, когнітивні функції, когнітивні порушення
Key words: hypertension, cognitive function, cognitive disorders

Реферат. Когнитивные нарушения у больных с артериальной гипертензией в реальной врачебной практике. Хомазюк Т.А., Кротова В.Ю., Соя Е.В., Ягольник В.Н. По данным обследования 118 больных гипертонической болезнью II стадии с артериальной гипертензией 1-2 степени, находившихся под наблюдением врачей общей практики, проведен анализ распространенности и структуры когнитивных нарушений в амбулаторных условиях. Нейropsychологическое обследование проведено по шкалам MMSE (Mini-Mental State Examination) и FAB (Frontal Assessment Battery), вербальная память изучена по методике Лурия, концентрация внимания и скорость сенсомоторных реакций - по методикам Шульте и Рыбакова. Установлено, что у 28,8% больных имели место когнитивные нарушения, преимущественно нейродинамического характера, в частности, снижались способность концентрации внимания и скорость психомоторных реакций. Выявлено наличие нарушений вербальной памяти различной степени тяжести, связанных с артериальной гипертензией. Анализ медицинской документации свидетельствовал об отсутствии внимания к данному вопросу в реабилитационных программах больных гипертонической болезнью на первичном этапе оказания медицинской помощи. Показана важность своевременной диагностики когнитивных расстройств как маркера ранних нарушений мозгового кровообращения и функционального состояния головного мозга, органа-мишени при артериальной гипертензии 1-2 степени.