



робку проводили за допомогою програм «Microsoft Excel» та «Statistica for Windows».

**Результати дослідження та їх обговорення.** Протягом багатьох років ХОЗЛ вважали захворюванням переважно людей літнього віку чоловічої статі, проте останнім часом зростає як кількість жінок, так і кількість осіб працездатного віку, які

хворіють на ХОЗЛ. Результати дослідження вказують на те, що серед пацієнтів, хворих на ХОЗЛ, переважали особи чоловічої статі (65,95 %) (рис. 1). Якщо брати до уваги лише карти історій хвороб пацієнтів із ХОЗЛ II стадії (142 особи, об'єм форсованого видиху за 1 с –  $(64,27 \pm 2,37)$  %), то поділ за статтю виглядає таким чином: чоловіки – 59,86 %, жінки – 40,14 %.

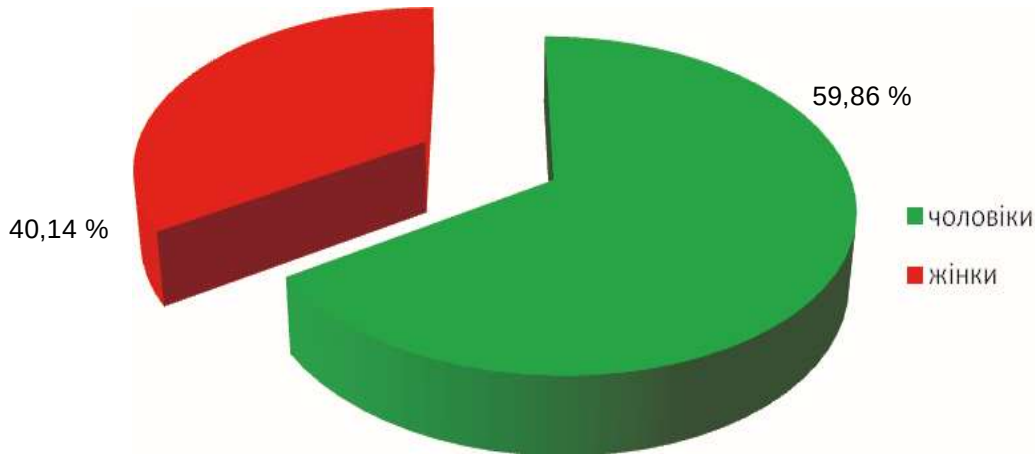


Рис. 1. Поділ пацієнтів, хворих на ХОЗЛ за статтю.

Отже, результати дослідження вказують на переважання кількості чоловіків у структурі захворюваності на ХОЗЛ, що дещо відрізняється від тенденцій у світі. Так, значна кількість досліджень у США говорить про зменшення частоти госпіталізацій чоловіків із приводу загострень ХОЗЛ та їх смертності, тоді як смертність серед жінок залишається високою [11, 20, 21]. Відмінність результатів, на нашу думку, пов'язана із низьким відсотком осіб жіночої статі в Тернопільській області, які курять. Варто зазначити, що згідно з даними Державного комітету статистики України, поширеність куріння серед дорослих чоловіків у 2011 р. становила 46 %, серед дорослих жінок – 6 %, у цілому – 24 % [3]. Найбільшою проблемою українських жінок є пасивне куріння, що пояснює досить великий їх відсоток у структурі ХОЗЛ.

Порівнюючи вік хворих на ХОЗЛ II стадії різної статі варто зазначити, що в чоловіків він становив  $(48,16 \pm 1,47)$  року і практично не відрізнявся від показника у жінок  $(52,32 \pm 1,84)$  року. Отримані дані свідчать про переважно працездатний вік пацієнтів із ХОЗЛ, що зумовлює економічні втрати держави.

Враховуючи високу коморбідність ХОЗЛ і гіпертонічної хвороби, що поглиблює перебіг обох патологій, було проаналізовано основні статистичні дані з карт історій хвороб пацієнтів із ХОЗЛ без супутньої патології і з поєднаним перебігом ХОЗЛ II стадії і ГХ II стадії. Встановлено, що серед 142 пацієнтів із ХОЗЛ II стадії 28,67 % хворих не мали супутньої патології, 27,27 % – перебіг основного захворювання поєднувався з ГХ II стадії, 43,36 % – ХОЗЛ поєднувалося з іншими захворюваннями.

Аналіз отриманих даних за гендерною ознакою вказує на переважання у пацієнтів чоловічої статі коморбідності ХОЗЛ з іншими патологіями, причому найчастіше (у 33 % хворих) воно поєднувалося з ГХ. В осіб жіночої статі, хворих на ХОЗЛ, окрім ГХ, з високою частотою спостерігали ішемічну хворобу серця й захворювання ендокринної системи (рис. 2). Отримані дані співпадають з результатами інших дослідників. Так, Csaba Farsang та співавт. зазначають, що найчастішими коморбідними патологіями при ХОЗЛ є ГХ (28 %), цукровий діабет (14 %) й ішемічна хвороба серця (10 %) [29].

Проведений аналіз показників основних груп пацієнтів із ХОЗЛ II стадії показав, що вік хворих при супутній ГХ був достовірно вищий в осіб обох статей, стосовно монопатології, при цьому у жінок він був більшим на 14,39 %, ніж у чоловіків (табл. 1). Маса хворих із коморбідністю ХОЗЛ II стадії і ГХ II стадії була достовірно вища в осіб обох статей, стосовно ХОЗЛ без супутніх патологій. Аналіз літературних джерел свідчить про те, що пацієнти з ХОЗЛ й низьким індексом маси тіла мають високий ризик бронхообструкцій, остеопорозу, аневризми черевної аорти, периферійних судинних захворювань, зловживань психоактивними речовинами [8, 18]. З іншого боку, у людей з ХОЗЛ і високим індексом маси тіла менший ризик бронхообструкцій й остеопорозу, проте виявлено цілий ряд супутніх захворювань та факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань з підвищеним системним запаленням [17, 19, 26, 28, 30]. М. J. Divo та співавт. вважають, що жирова тканина відіграє модулюючу роль у розвитку і прогресуванні

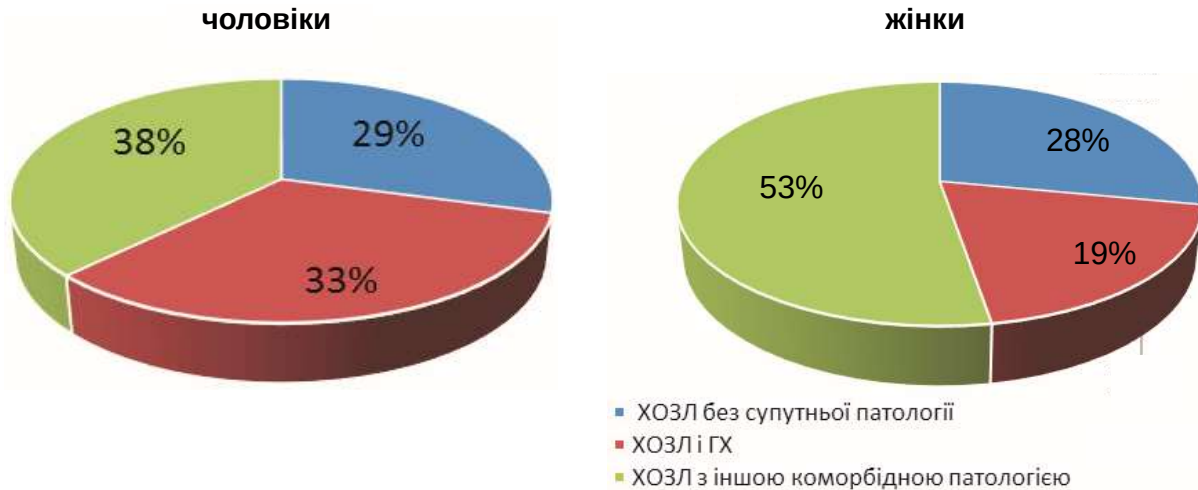


Рис. 2. Гендерний поділ коморбідності ХОЗЛ II стадії з іншими патологіями.

Таблиця 1. Характеристика пацієнтів із хронічним обструктивним захворюванням легень залежно від статі

Показник	Пацієнти з ХОЗЛ II стадії без супутньої патології		Пацієнти з ХОЗЛ II стадії і ГХ II стадії	
	чоловіки (n=25)	жінки (n=16)	чоловіки (n=28)	жінки (n=11)
Вік, роки	45,96±2,50	43,44±3,38	55,39±1,97*	63,36±3,64*#
Маса, кг	80,48±2,82	65,27±2,41#	94,54±3,29*	83,82±6,01*
Зріст, см	173,68±1,34	162,73±0,99#	169,19±6,03	161,91±1,45
ЧСС, уд./хв	76,68±2,34	80,13±1,51	81,21±2,26	83,82±2,25
САТ, мм рт. ст.	131,60±2,23	132,19±2,23	147,32±2,65*	145,45±2,47*
ДАТ, мм рт. ст.	82,80±1,50	81,56±1,49	91,79±1,71*	90,91±2,60*
ЧД, кількість дихальних рухів за хвилину	21,56±0,38	21,06±0,42	21,68±0,26	21,36±0,36
Тривалість захворювання, роки	5,13±0,98	5,86±1,85	11,68±1,38*	6,91±1,34#

Примітки: \* – вірогідність достовірна між пацієнтами з ХОЗЛ II стадії однієї статі; # – вірогідність достовірна між пацієнтами з ХОЗЛ II стадії різної статі.

серцево-судинних хвороб у пацієнтів із ХОЗЛ [13]. Проведені багаточисленні дослідження показали, що пацієнти з надмірною масою тіла та ожирінням з ХОЗЛ мають менший ризик смертності від усіх причин [6, 7]. Це явище відоме як «парадокс ожиріння», який визначається як зворотний зв'язок між виживанням та ожирінням та спостерігався при різних хронічних захворюваннях.

Встановлено, що середня тривалість захворювання коливалася в межах 5–6 років у пацієнтів обох статей з ХОЗЛ без супутніх патологій. В осіб жіночої статі тривалість захворювань не залежала від статі і коморбідності. У чоловіків із поєднаним перебігом ХОЗЛ II стадії і ГХ II стадії тривалість захворювання практично вдвічі перевищувала показники інших груп. Отримані дані не мають єдиного пояснення і потребують детальнішого аналізу.

#### Висновки

1. Ретроспективний аналіз історій хвороб свідчить про те, що серед пацієнтів, хворих на ХОЗЛ,

переважають особи чоловічої статі (65,95 %). Кількість жінок з II стадією ХОЗЛ була на 19,72 % меншою, ніж у чоловіків. Серед пацієнтів із ХОЗЛ II стадії 28,67 % хворих не мали супутньої патології, 27,27 % – перебіг основного захворювання поєднувався з гіпертонічною хворобою II стадії, 43,36 % – ХОЗЛ поєднувалося з іншими захворюваннями.

2. Аналіз отриманих даних за гендерною ознакою вказує на переважання у пацієнтів чоловічої статі коморбідності ХОЗЛ з іншими патологіями, причому найчастіше (у 33 % хворих) із гіпертонічною хворобою. В осіб жіночої статі, хворих на ХОЗЛ, окрім гіпертонічної хвороби, з високою частотою спостерігали ішемічну хворобу серця й захворювання ендокринної системи.

**Перспективи подальших досліджень** передбачають вивчення ролі генетичних маркерів у розвитку гіпертонічної хвороби у пацієнтів із ХОЗЛ.

## Список літератури

1. *Ивановский М. О.* Изменение характеристик микрососудистого кровотока в тканях пародонта под влиянием курения / М. О. Ивановский, Т. Н. Юшманова // Экология человека. – 2008. – № 3. – С. 23–28.
2. *Орехова Л. Ю.* Состояние тканей пародонта у курящих пациентов с хронической обструктивной болезнью легких / Л. Ю. Орехова, Н. Л. Шапорова, Е. В. Косова // Пародонтология. – 2008. – № 1. – С. 12–17.
3. *Скорочення поширеності куріння в Україні призвело до скорочення числа викликаних тютюном хвороб та смертей [Електронний ресурс] // Прес-служба МОЗ України. – 2012. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_20120403\\_1.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20120403_1.html)*
4. *Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) / R. L. Mikkelsen, T. Middelboe, C. Pisinger [et al.] // A review. Nord J. Psychiatry. – 2004. – Vol. 58. – P. 65–70.*
5. *Barnes P. J.* Systemic manifestations and comorbidities of COPD / P. J. Barnes, B. R. Celli // Eur. Respir. J. – 2009. – No. 33. – P. 1165–1185.
6. *Body mass index and mortality in chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis / C. Cao, R. Wang, J. M. Wang [et al.] // PloS One. – 2012. – P. 7–8.*
7. *Body mass index and mortality in chronic obstructive pulmonary disease: A dose–response meta-analysis / Y. Guo, T. Zhang, Z. Wang [et al.] // Medicine. – 2016. – No. 95 (28). – P. e4225.*
8. *Bonfield T. L.* Adult mesenchymal stem cells: an innovative therapeutic for lung diseases / T. L. Bonfield, A. I. Caplan // Discov. Med. – 2010. – № 9 (47). – P. 337–345.
9. *Brown C. A.* Failure of cigarette smoking to explain international differences in mortality from chronic obstructive pulmonary disease / C. A. Brown, I. K. Crombie, H. Tunstall-Pedoe // Epidemiol. Community Health. – 1994. – No. 48. – P. 134–139.
10. *Cardiac disease in chronic obstructive pulmonary disease / J. A. Falk, S. Kadiev, G. J. Criner [et al.] // Proc. Am. Thorac. Soc. – 2008. – Vol. 5. – P. 543–548.*
11. *Chronic obstructive pulmonary disease surveillance – United States, 1971–2000 / D. M. Mannino, D. M. Homa, L. J. Akinbami [et al.] // Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries. – 2002. – Vol. 51. – P. 1–18.*
12. *Comorbidities and risk of mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease / M. Divo, C. Cote, J.P. Torres [et al.] // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2012. – Vol. 186. – P. 155–161.*
13. *Comorbidity distribution, clinical expression and survival in COPD patients with different body mass index / M. J. Divo, C. Cabrera, C. Casanova [et al.] // J.COPD F. – 2014. – No. 1 (2). – P. 229–238.*
14. *COPD and incident cardiovascular disease hospitalizations and mortality: Kaiser Permanente Medical Care Program / S. Sidney, M. Sorel, C. P. Quesenberry [et al.] // Chest. – 2005. – Vol. 128. – P. 2068–2075.*
15. *Fabbri L. M.* From COPD to chronic systemic inflammatory syndrome? / L. M. Fabbri, K. F. Rabe // Lancet. – 2007. – No. 370. – P. 797–799.
16. *Huiart L.* Cardiovascular morbidity and mortality in COPD / L. Huiart, P. Ernst, S. Suissa // Chest. – 2005. – Vol. 128. – P. 2640–2646.
17. *Kern E.* Metabolic syndrome and systemic inflammation in COPD / E. Kern // COPD. – 2011. – No. 8 (6). – P. 395–396.
18. *Lungs, bone marrow, and adipose tissue. A network approach to the pathobiology of chronic obstructive pulmonary disease / A. Agustí, J. A. Barberà, E. F. M. Wouters [et al.] // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2013. – No. 188 (12). – P. 1396–1406.*
19. *Metabolic syndrome as a precursor of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus / R. B. D'Agostino, H. Parise, L. Sullivan, J. B. Meigs // Circulation. – 2005. – No. 112 (20). – P. 3066–3372.*
20. *Michaud C. M.* Burden of disease — implications for future research / C. M. Michaud, C. J. Murray, B. R. Bloom // JAMA. – 2001. – Vol. 285. – P.535– 539.
21. *Miniño A. M.* Deaths: Preliminary data for 2008 / A. M. Miniño, J. Q. Xu, K. D. Kochanek // National Vital Statistics Report. – 2010. – Vol. 59. – P. 2–8.
22. *Mortality in COPD: Role of comorbidities / D. D. Sin, N. R. Anthonisen, J. B. Soriano [et al.] // Eur. Respir. J. – 2006. – Vol. 28 (6). – P. 1245–1257.*
23. *Murray C.J.* Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study / C. J. Murray, A. Lopez // Lancet. – 1997. – Vol. 349. – P.1498–1504.
24. *Rubinsztajn R.* Mortality and comorbidity in hospitalized chronic obstructive pulmonary disease patients / R. Rubinsztajn, R. Chazan // Pneumonol. Alergol. Pol. – 2011. – Vol. 79 (5). – P. 343–346.
25. *Sevenoaks M. J.* Chronic obstructive pulmonary disease, inflammation and co-morbidity – a common inflammatory phenotype? / M. J. Sevenoaks, R. A. Stockley // Respiratory Research. – 2006. – No. 7. – P. 70.
26. *The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease / B. R. Celli, C. G. Cote, J. M. Marin [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2004. No. 350 (10). – P. 1005–1012.*
27. *The effects of combination treatment with a long-acting beta2-agonist and a corticosteroid on salivary flow rate, secretory immunoglobulin A, and oral health in children and adolescents with moderate asthma: a 1-month, single-blind clinical study / C. Sag, F. O. Ozden, G. Acikgoz, F. Y. Anlar // Clin. Ther. – 2007. – № 29. – P. 2236–2242.*
28. *Tiengo A.* The metabolic syndrome, diabetes and lung dysfunction / A. Tiengo, G. P. Fadini, A. Avogaro // Diabetes Metab. J. – 2008. – No. 34 (5). – P. 447–454.
29. *Treatment of Hypertension in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) / Csaba Farsang, Istvan Kiss, Andrzej Tykarski, Krzysztof Narkiewicz // Journal fur Hypertonie. – 2013. – No. 17 (4). – P. 163–165.*
30. *Weight loss is a reversible factor in the prognosis of chronic obstructive pulmonary disease / A. M. Schols, J. Slangen, L. Volovics, E. F. Wouters // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 1998. – No. 157 (6 Pt 1). – P. 1791–1797.*

## References

1. Ivanovskiy, M.O., & Yushmanova, T.N. (2008). Izmenenie kharakteristik mikrososudistogo krovotoka v tkanyah parodonty pod vliyaniem kureniya [Changes in the characteristics of microvascular blood flow in periodontal tissues under the influence of smoking]. *Ekologiya cheloveka – Human Ecology*, 3, 23-28 [in Russian].
2. Orekhova, L.Yu., Shaporova, N.L., & Kosova, E.V. (2008). Sostoyanie tkaney parodonty u kuryaschikh patsientov s khronicheskoy obstruktivnoy boleznью legkikh [Condition of periodontal tissues in smokers with chronic obstructive pulmonary disease]. *Parodontologiya – Periodontology*, 1, 12-17 [in Russian].
3. Skorochennia poshyrenosti kurinnia v Ukraini pryzvelo do skorochennia chysla vyklykanykh tiutiunom khvorob ta smertei. Pres-sluzhba MOZ Ukrainy [Reducing the prevalence of smoking in Ukraine has led to a reduction in the number of tobacco-related illnesses and deaths. Press service of the Ministry of Health of Ukraine]. (2012). [www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). Retrieved from [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_20120403\\_1.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20120403_1.html) [in Ukrainian].
4. Mikkelsen, R.L., Middelboe, T., & Pisinger, C. (2004). Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Nord J. Psychiatry*, 58, 65-70.
5. Barnes, P.J., & Celli, B.R. (2009). Systemic manifestations and comorbidities of COPD. *Eur. Respir. J.*, 33, 1165-1185.
6. Cao, C., Wang, R., Wang, & J.M. (2012). Body mass index and mortality in chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis. *PLoS One*, 7, 8.
7. Guo, Y., Zhang, T., Wang, Z., Yu, F., Xu, Q., Guo, W., ... He, J. (2016). Body mass index and mortality in chronic obstructive pulmonary disease: A dose-response meta-analysis. *Medicine*, 95 (28), e4225.
8. Bonfield, T.L., & Caplan, A.I. (2010). Adult mesenchymal stem cells: an innovative therapeutic for lung diseases. *Discov. Med.*, 9 (47), 337-345.
9. Brown, C.A., Crombie, I.K., & Tunstall-Pedoe, H. (1994). Failure of cigarette smoking to explain international differences in mortality from chronic obstructive pulmonary disease. *Epidemiology Community Health*, 48, 134-139.
10. Falk, J.A., Kadiev, S., & Criner, G.J. (2008). Cardiac disease in chronic obstructive pulmonary disease. *Proc. Am. Thorac. Soc.*, 5, 543-548.
11. Mannino, D.M., Homa, D.M., & Akinbami, L.J. (2002). Chronic obstructive pulmonary disease surveillance – United States, 1971–2000. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries*, 51, 1-18.
12. Divo, M., Cote, C., & Torres, J.P. (2012). Comorbidities and risk of mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 186, 155-161.
13. Divo, M.J., Cabrera, C., & Casanova, C. (2014). Comorbidity distribution, clinical expression and survival in COPD patients with different body mass index. *J. COPD F*, 1 (2), 229-238.
14. Sidney, S., Sorel, M., & Quesenberry, C.P. (2005). COPD and incident cardiovascular disease hospitalizations and mortality: Kaiser Permanente Medical Care Program. *Chest*, 128, 2068-2075.
15. Fabbri, L.M., & Rabe, K.F. (2007). From COPD to chronic systemic inflammatory syndrome? *Lancet*, 370, 797-799.
16. Huiart, L., Ernst, P., & Suissa, S. (2005). Cardiovascular morbidity and mortality in COPD. *Chest*, 128, 2640-2646.
17. Kern, E. (2011). Metabolic syndrome and systemic inflammation in COPD. *COPD*, 8 (6), 395-396.
18. Agustí, A., Barberà, J.A., Wouters, E.F.M., Peinado, V.I., & Jeffery, P.K. (2013). Lungs, bone marrow, and adipose tissue. A network approach to the pathobiology of chronic obstructive pulmonary disease. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 188 (12), 1396-1406.
19. D'Agostino, R.B., Parise, H., Sullivan, L., & Meigs, J.B. (2005). Metabolic syndrome as a precursor of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus. *Circulation*, 112 (20), 3066-3372.
20. Michaud, C.M., Murray, C.J., & Bloom, B.R. (2001). Burden of disease – implications for future research. *JAMA*, 285, 535-539.
21. Miniño, A.M., Xu, J.Q., & Kochanek, K.D. (2010). Deaths: Preliminary data for 2008. *National Vital Statistics Reports*, 59, 2-8.
22. Sin, D.D., Anthonisen, N.R., Soriano, J.B., et al. (2006). Mortality in COPD: Role of comorbidities. *Eur. Respir. J.*, 28 (6), 1245-1257.
23. Murray, C.J., & Lopez, A. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349, 1498-1504.
24. Rubinsztajn, R., & Chazan, R. (2011). Mortality and comorbidity in hospitalized chronic obstructive pulmonary disease patients. *Pneumonol. Alergo. I Pol.*, 79 (5), 343-346.
25. Sevenoaks, M.J., & Stockley, R.A. (2006). Chronic obstructive pulmonary disease, inflammation and co-morbidity – a common inflammatory phenotype? *Respiratory Research*, 7, 70.
26. Celli, B.R., Cote, C.G., & Marin, J.M. (2004). The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *N. Engl. J. Med.*, 350 (10), 1005-1012.
27. Sag, C., Ozden, F.O., Acikgoz, G., & Anlar, F.Y. (2007). The effects of combination treatment with a long-acting beta2-agonist and a corticosteroid on salivary flow rate, secretory immunoglobulin A, and oral health in children and adolescents with moderate asthma: a 1-month, single-blind clinical study. *Clin. Ther.*, 29, 2236-2242.
28. Tiengo, A., Fadini, G.P., & Avogaro, A. (2008). The metabolic syndrome, diabetes and lung dysfunction. *Diabetes Metab. J.*, 34 (5), 447-454.
29. Farsang, C., Kiss, I., Tykarski, A., Narkiewicz, K. (2013). Treatment of hypertension in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Journal fur Hypertonie*, 17 (4), 163-165.
30. Schols, A.M., Slangen, J., Volovics, L., & Wouters, E.F. (1998). Weight loss is a reversible factor in the prognosis of chronic obstructive pulmonary disease. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 157 (6 Pt 1), 1791-1797.

**ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

К.Я. Максим, И.В. Пирус, Р.Р. Осинчук, Г.Г. Габор, И.Я. Криницкая, М.И. Марущак

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины», г. Тернополь, Украина

**Цель:** проанализировать особенности сочетанного течения хронического обструктивного заболевания легких II стадии и гипертонической болезни (ГБ) II стадии в гендерном аспекте.

**Материалы и методы.** Ретроспективно проанализированы 420 историй болезней пациентов, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении Тернопольской университетской больницы с диагнозом «хроническое обструктивное заболевание легких» (ХОЗЛ) на протяжении 2014 и 2016 гг.

**Результаты.** Среди пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких преобладали лица мужского пола (65,95 %). Гендерное распределение пациентов с ХОЗЛ II стадии выглядит следующим образом: мужчины – 59,86 %, женщины – 40,14 %.

**Выводы.** Среди пациентов с ХОЗЛ II стадии 28,67 % больных не имели сопутствующей патологии, 27,27 % – течение основного заболевания сочеталось с гипертонической болезнью II стадии, 43,36 % – ХОЗЛ сочеталось с другими заболеваниями. Анализ полученных данных по гендерному признаку указывает на преобладание у пациентов мужского пола коморбидности ХОЗЛ с другими патологиями, причем чаще всего (у 33 % больных) с гипертонической болезнью. У лиц женского пола, больных ХОЗЛ, кроме гипертонической болезни, с высокой частотой встречалась ишемическая болезнь сердца и заболевания эндокринной системы.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** хроническое обструктивное заболевание легких; гипертоническая болезнь; пол.

**PECULIARITIES OF THE COMBINED COURSE OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND HYPERTENSION**

K. Ya. Maksiv, I. V. Pirus, R. R. Osinchuk, H. H. Habor, I. Ya. Krynytska, M. I. Marushchak

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

**Purpose:** to analyze the features of the combined course of chronic obstructive pulmonary disease of stage II and hypertension (HT) of stage II in the gender aspect.

**Materials and Methods.** In retrospect, 420 of patients' case histories were analyzed with the diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) during 2014 and 2016.

**Results.** Among patients with COPD, male subjects predominated (65.95 %). The gender distribution of patients with stage II COPD is as follows: male – 59.86 %, female – 40.14 %.

**Conclusions.** Among patients with stage II COPD 28.67 % of patients had no concomitant pathology, 27.27 % – COPD was combined with stage II hypertension, 43.36 % – COPD combined with other diseases. The analysis of the obtained data on gender indicates the predominance in male the comorbidity of COPD with other pathologies, most often (in 33 % of patients) with hypertensive disease. In female patients suffering from COPD, in addition to hypertension, there was a high incidence of coronary heart disease and endocrine system diseases.

**KEY WORDS:** chronic obstructive pulmonary disease; hypertension; sex.

*Рукопис надійшов до редакції 31.10.2017 р.*

**Відомості про авторів:**

**Максів Христина Ярославівна** – аспірант кафедри функціональної і лабораторної діагностики ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України».

**Пірус Ірина Володимирівна** – студентка медичного факультету ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України».

**Осинчук Роман Русланович** – студент медичного факультету ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України».

**Габор Галина Григорівна** – доцент кафедри функціональної і лабораторної діагностики ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України».

**Криницька Інна Яківна** – професор кафедри функціональної і лабораторної діагностики ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; тел.: +38(0352) 52-45-54.

**Марущак Марія Іванівна** – професор, завідувач кафедри функціональної і лабораторної діагностики ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; тел.: +38(0352) 52-45-54.