



**О. Б. Волошина, Т. О. Дичко,
І. С. Лисий, В. О. Збітнєва**

Одеський національний медичний університет

Ефективність застосування пацієнтоорієнтованої корекції прихильності до лікування у хворих на артеріальну гіпертензію з коморбідним хронічним обструктивним захворюванням легень

Вступ. Серцево-судинні захворювання посідають чільне місце в загальній структурі смертності як в Україні, так і в усьому світі [4]. За офіційними даними Європейського товариства з артеріальної гіпертензії та Європейського товариства кардіологів (European Society of Hypertension / European Society of Cardiology (ESH/ESC)), загальна поширеність артеріальної гіпертензії (АГ) у 2015 р. становила 1,13 млрд [14], із поширеністю понад 150 млн у Центральній і Східній Європі. Поширеність АГ серед дорослих сягнула близько 30,0–45,0 %, (24,0 і 20,0 % серед чоловіків і жінок відповідно) [9].

Сьогодні науковці багатьох країн активно обговорюють проблему надання медичної допомоги пацієнтам із коморбідними ураженнями [1, 2].

Як відомо, АГ часто супроводжується іншими хворобами, зокрема, хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ). Майже 7,0 % дорослого населення України (близько 3 млн), страждають на цю хворобу [5], а АГ з коморбідним ХОЗЛ спостерігається в середньому у 35,0 % хворих [7,10].

Патогенетичні механізми АГ і ХОЗЛ багаті в чому подібні, поєднання цих хвороб погіршує їх перебіг, збільшує ризик виникнення загострень і ускладнень, які супроводжуються додатковими витратами, значно погіршує прогноз [3, 4], потребує удосконалення діагностики. Лікування цієї категорії хворих, попри велику кількість лікарських засобів на сучасному фармацевтичному ринку, недостатньо ефективне.

Неефективна курація може бути спричинена, зокрема, поганою прихильністю пацієнтів до лікування. Її оцінка та з'ясування причин дасть змогу обґрунтувати визначення нових шляхів оптимізації лікування цієї категорії хворих.

Мета дослідження. З'ясувати ефективність застосування пацієнтоорієнтованої корекції прихильності

до лікування у хворих на артеріальну гіпертензію з коморбідним хронічним обструктивним захворюванням легень після визначення й усунення основних причин порушення прихильності до антигіпертензивного (АГЛ) і бронхолітичного лікування (БЛЛ).

Матеріали й методи дослідження. У дослідженні за амбулаторних умов поліклінічного відділення Університетської клініки Одеського національного медичного університету (ОНМедУ) в рандомізованій спосіб із попередньою стратифікацією за наявністю АГ II стадії тривалістю не менше року (Наказ МОЗ України № 384 від 24.05.2012 р. [5]) та ХОЗЛ 2-ї або 3-ї клінічних груп (групи В і С) тривалістю не менше 5 років (Наказ МОЗ України № 555 від 27.06.2013 р. [6]) у фазі стабільного перебігу захворювань включено 94 хворих віком від 45 до 74 років (середній вік $58,3 \pm 0,4$ року): 55 (58,5 %) чоловіків і 39 (41,5 %) жінок, яких лікували відповідно до сучасних протоколів [5, 6].

Пацієнтів поділено на дві групи: 1-ша група (основна – ОГ) – 51 хворий (54,3 %) на АГ з коморбідним ХОЗЛ, яку додатково поділено на підгрупи В і С (відповідно до клінічних груп ХОЗЛ); 2-га група (порівняння – ГП) – 43 пацієнти (45,7 %) тільки з есенціальною АГ. До контрольної групи увійшли 30 здорових осіб аналогічних статі й віку.

Під час дослідження в обох групах хворих проаналізовано анамнез, суб'єктивні й об'єктивні клінічні показники, виміряно зріст і масу тіла, визначено показники офісного та домашнього моніторингу артеріального тиску.

Пацієнтам ОГ, крім зазначеного вище, розраховано індекс тютюнопаління, оцінено результати опитування впливу ХОЗЛ на їхнє повсякденне життя і здоров'я – за опитувальником COPD Assessment Test (CAT) [12], результати оцінки тяжкості задишки – за моди-

фікованою шкалою Британської медичної дослідницької ради modified Medical Research Council (mMRS) [8], а також виконано спірометричне дослідження функції зовнішнього дихання.

Усі пацієнти ОГ мали ХОЗЛ 2-ї або 3-ї стадії за класифікацією GOLD, з відповідними показниками функції зовнішнього дихання: індекс R. Tiffeneau (співвідношення об'єму форсованого видиху за першу секунду до життєвої ємності легень – ОФВ₁/ЖЄЛ) $\leq 70,0\%$, ОФВ₁ від 30,0 до 80,0 % і приріст ОФВ₁ після бронхолітичного тесту $< 12,0\%$ показника ОФВ₁ до проведення тесту. Ці показники підтверджено спірографією, виконаною за допомогою комп'ютерного спірографа SpirobankG/MIR (Italy) та його програмного устаткування winspiro PRO. Зворотність бронхообструкції визначено за допомогою β -адреноміметика короткої дії (400,0 мкг салбутамолу).

Крім цього, всіх пацієнтів ОГ віднесено до клінічних груп В або С. Приналежність до клінічної групи визначали за класифікацією GOLD.

До клінічної групи В увійшли пацієнти з малим ризиком несприятливих подій у майбутньому та великою кількістю симптомів (зі ступенем бронхообструкції GOLD 1 і 2 (ОФВ₁ $> 50,0\%$ належних величин) і/або 0–1 загострення на рік, оцінкою симптомів ≥ 2 балів за шкалою mMRC або ≥ 10 балів згідно з опитувальником CAT). До клінічної групи С віднесено пацієнтів із великим ризиком несприятливих подій у майбутньому та невеликою кількістю симптомів (зі ступенем бронхообструкції GOLD 3 і 4 (ОФВ₁ $< 50,0\%$ належних величин), і/або ≥ 2 загострень на рік, оцінкою симптомів 0–1 бал за шкалою mMRC або < 10 балів згідно з опитувальником CAT).

Згідно з останньою рекомендацією GOLD–2018 [11] діагностика ХОЗЛ має бути комплексною, тобто враховувати як ступінь, так і клінічну групу ХОЗЛ, а стратифікація пацієнтів за клінічними групами ABCD для подальшого вибору лікувального комплексу має базуватися на оцінці симптомів та історії загострень, а не на результатах спірометрії. Тож, клінічну групу ХОЗЛ визначали за результатами оцінки тяжкості симптомів. Якщо кількість балів за опитувальниками CAT і mMRS становила < 10 та < 2 балів відповідно, а загострення траплялося лише раз на рік, то навіть за значного погіршення функції зовнішнього дихання (ОФВ₁ від 30,0 до 50,0 %) пацієнтів віднесено до ХОЗЛ клінічної групи В.

Для з'ясування прихильності до лікування у хворих ОГ та ІП використано опитувальник D. E. Morisky – L. W. Green (0 балів – висока прихильність до лікування, 1-2 бали – помірна, 3 бали і більше – низька прихильність) [13].

Після ретельного аналізу результатів опитувальника хворим проведено пацієнтоорієнтовану корекцію прихильності до лікування, ефективність якої оцінювали за динамікою показників артеріального тиску (АТ) й результатів оцінки показників функції зовнішнього дихання.

Матеріали публікації є фрагментом наукової роботи кафедри загальної практики ОНМедУ, яка виконується з дотриманням Гельсінкської декларації 1975 р. (та перегляду 1983 р.) і погоджена з локальною етичною комісією Університетської клініки Одеського національного медичного університету (протокол № 7, 06.10.2016 р.). На всі процедури дослідження отримано інформовану згоду пацієнтів. Статистичну обробку результатів проводили на Microsoft Excel 2010. Достовірність різниці між показниками визначали з урахуванням типу розподілу за допомогою t-критерію Student і критерію K. Pearson, беручи за пороговий показник статистичної значущості $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. Згідно з інформацією з амбулаторних карт, стаж тютюнопаління більше 10 пачко/років зафіксовано у 46 (48,9 %) пацієнтів ОГ з АГ та коморбідним ХОЗЛ ($p < 0,05$).

За результатами оцінки впливу ХОЗЛ на щоденне життя і здоров'я пацієнтів за допомогою опитувальника CAT [12] < 10 балів було у 28 хворих (54,9 %), а > 10 балів – у 23 (45,1 %) ($p < 0,05$).

Аналіз результатів оцінки тяжкості задишки за модифікованою шкалою mMRS [8] показав, що < 2 балів мали 30 (58,8 %) пацієнтів, а ≥ 2 балів – 21 (41,2 %) ($p < 0,05$).

Як свідчить інформація з амбулаторних карт, < 2 загострень ХОЗЛ за попередній рік мав 31 (60,8 %) хворий, а 2 загострення і більше на рік – 20 (32,9 %) ($p < 0,05$).

Визначення показників функції зовнішнього дихання за допомогою спірометрії показало, що у 32 (62,7 %) пацієнтів ОФВ₁ становив від 50,0 до 80,0 % належного, а у 19 (37,3 %) – від 30,0 до 50,0 % належного ($p < 0,05$).

Керуючись останньою рекомендацією GOLD–2018 [11], ми з'ясували, що 36 (70,6 %) пацієнтів із ОГ мають ХОЗЛ клінічної групи В, а 15 (29,4 %) – ХОЗЛ клінічної групи С ($p < 0,05$).

Для визначення прихильності до лікування всі пацієнти ОГ та ІП на початку дослідження заповнили опитувальник D. E. Morisky, L. W. Green [13]. Результати оцінки заповнених опитувальників представлені на рис. 1.

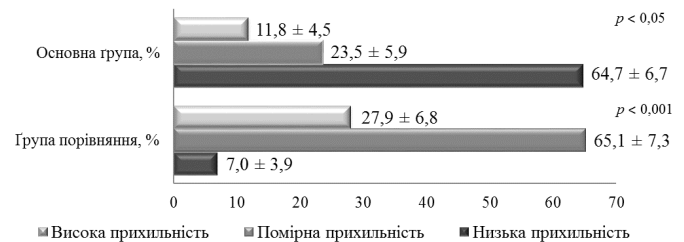


Рис. 1. Прихильність до антигіпертензивного лікування у хворих на АГ залежно від наявності ХОЗЛ ($P \pm q, \%$).

Порівняння результатів у двох групах показало, що хворі ОГ мали значно гіршу прихильність до лікування, ніж пацієнти ГП. Так, якщо хворим ГП з есенціальною АГ здебільшого притаманна помірна прихильність до АГЛ ($65,1 \pm 7,3$ %; $p < 0,001$), то пацієнтам ОГ з АГ та коморбідним ХОЗЛ – низька прихильність ($64,7 \pm 6,7$ %; $p < 0,05$).

Пацієнти ОГ мали вірогідно гіршу прихильність узагалі до лікування через наявність у них ХОЗЛ. Із огляду на це, їм окремо проведено аналіз прихильності до антигіпертензивного (АГЛ) та бронхолітичного (БЛЛ) лікування (рис. 2).

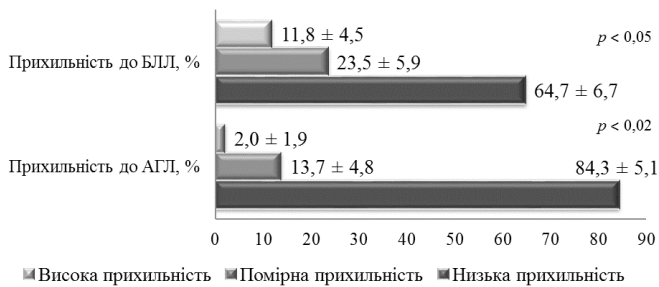


Рис. 2. Прихильність до антигіпертензивного та бронхолітичного лікування у пацієнтів із АГ та коморбідним ХОЗЛ ($P \pm q$, %).

За отриманими результатами, у хворих ОГ з АГ і коморбідним ХОЗЛ низька прихильність до БЛЛ виявлялася частіше, ніж до АГЛ ($84,3 \pm 5,1$ й $64,7 \pm 6,7$ % відповідно; $p < 0,02$). При цьому низька прихильність до лікування бронхолітиками частіше спостерігалась у пацієнтів ОГ з ХОЗЛ клінічної групи В ($47,1 \pm 7,0$ %), ніж у пацієнтів групи С ($37,3 \pm 6,8$ %; $p < 0,001$).

Аналіз опитувальників показав, що найчастіше порушення прихильності до АГЛ у пацієнтів ГП з тільки есенціальною АГ провокують суб'єктивні чинники: 16 (37,2 %) хворих не вважали за потрібне вживати лікарські засоби регулярно, 7 (16,3 %) пацієнтів забували вживати призначені ліки, а 5 (11,6 %) опитаних не відчували ефекту від лікування ($p < 0,05$). Незначна кількість, а саме 3 (6,9 %) з цієї групи, відчували побічний ефект після вживання антигіпертензивних лікарських засобів ($p < 0,05$).

У пацієнтів ОГ з АГ та коморбідним ХОЗЛ виокремлено причини порушення прихильності не лише до АГЛ, але й до БЛЛ. За результатами опитування, 16 (31,4 %) хворих не вважали за потрібне вживати призначені їм лікарські засоби регулярно, 11 (21,6 %) пацієнтів не могли придбати ліки через високу вартість, 8 (15,7 %) опитаних не бажали вживати велику кількість лікарських засобів одночасно, 7 (13,7 %) хворих забували вживати ліки, 4 (7,8 %) відчували побічний ефект від комплексного лікування, а 2 (3,9 %) пацієнти не відчували ефекту від призначених їм антигіпертензивних засобів і бронхолітиків ($p < 0,05$).

Причини недостатньої прихильності безпосередньо до БЛЛ у цієї категорії хворих частіше реєстрували за більш легкого перебігу ХОЗЛ. Зокрема, 31 (60,8 %) пацієнт із групи В не вважав за потрібне регулярно лікуватися, а 17 (33,3 %) хворих із групи С не могли придбати ліки через їх високу вартість ($p < 0,05$).

З'ясувавши причини низької прихильності до АГЛ та БЛЛ, 48 (94,1 %) пацієнтам ОГ провели корекцію прихильності до лікування: 24 (47,1 %) хворим – звичайну корекцію прихильності, а 24 (47,1 %) – індивідуалізовану корекцію порушення прихильності, яка крім загальноприйнятих роз'яснювальних заходів включала додаткові рекомендації щодо самоконтролю з уживання лікарських засобів, дзвінки з нагадуванням контролю АТ та вживання ліків, запрошення на позапланові візити до лікаря тощо.

Через місяць після індивідуалізованої корекції прихильності до лікування у пацієнтів ОГ з АГ та коморбідним ХОЗЛ прихильність до АГЛ підвищилася на $39,2 \pm 1,2$ %, а у пацієнтів цієї ж групи, яким проводили звичайну корекцію, – лише на $23,5 \pm 1,7$ % ($p < 0,01$). Прихильність до БЛЛ частіше поліпшувалася після індивідуалізованої корекції ($37,3 \pm 1,4$ %), ніж після звичайної ($25,5 \pm 6,7$ %) ($p < 0,001$).

Досягти цільового показника систолічного АТ в ОГ вдалося у 16 (66,7 %) пацієнтів, яким проведено орієнтовану корекцію прихильності, та лише у 10 (41,7 %) пацієнтів, яким виконано звичайну корекцію прихильності ($p < 0,05$).

Загалом досягти такого показника систолічного АТ в ОГ вдалося у $73,1 \pm 6,9$ % хворих на ХОЗЛ клінічної групи В та лише у $57,6 \pm 5,3$ % пацієнтів клінічної групи С ($p < 0,02$). Таким чином, навіть у разі поліпшення прихильності до АГЛ і БЛЛ, у пацієнтів із тяжчим перебігом ХОЗЛ значно важче отримати позитивний результат контролю АТ.

Крім цього, всім пацієнтам ОГ виконано повторну спірометрію, яка виявила більш значне поліпшення показників функції зовнішнього дихання саме після індивідуалізованої корекції прихильності до лікування. Так, у пацієнтів ОГ з орієнтованою корекцією прихильності показник $ОФВ_1/ФЖЄЛ$ (індекс R. Tiffeneau) зріс на $9,4 \pm 4,1$ %, а зі звичайною корекцією прихильності – лише на $5,9 \pm 3,3$ % ($p > 0,05$).

Отримані результати свідчать про те, що у пацієнтів ОГ з АГ та коморбідним ХОЗЛ спостерігається більш значне порушення прихильності до БЛЛ, ніж до АГЛ, а індивідуалізована корекція прихильності до лікування у цієї категорії хворих дає змогу поліпшити контроль АТ та показники функції зовнішнього дихання. Тому орієнтовану корекцію прихильності до лікування у хворих на АГ з коморбідним ХОЗЛ можна вважати ефективним методом, який дає змогу оптимізувати лікування цієї категорії хворих.

Висновки. У хворих на артеріальну гіпертензію з коморбідним хронічним обструктивним захворюванням легень частіше спостерігається низька прихильність до антигіпертензивного лікування, ніж у хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію ($88,2 \pm 4,5$ % та $72,1 \pm 6,8$ % відповідно; $p < 0,05$). При цьому низька прихильність до бронхолітичного лікування у хворих на артеріальну гіпертензію з коморбідним хро-

нічним обструктивним захворюванням легень виявляється частіше, ніж до антигіпертензивного і становить $84,3 \pm 5,1$ % та $64,7 \pm 6,7$ % відповідно ($p < 0,02$).

Проведення пацієнтоорієнтованої корекції прихильності до лікування забезпечує достовірно кращий контроль артеріального тиску у хворих на артеріаль-

ну гіпертензію з коморбідним хронічним обструктивним захворюванням легень (у $73,1 \pm 6,9$ % хворих клінічної групи В та лише у $57,6 \pm 5,3$ % пацієнтів клінічної групи С ($p < 0,02$) та поліпшує показники функції зовнішнього дихання, зокрема, індекс R. Tiffeneau на $9,4 \pm 4,1$ % ($p > 0,05$).

Список літератури

1. Абрагамович ОО, Фаюра ОП, Абрагамович УО. Коморбідність: сучасний погляд на проблему; класифікація (повідомлення перше). Львівський клінічний вісник. 2015;4(12):56–64 (Abrahamovych OO, Fayura OP, Abrahamovych UO. Comorbidity: a modern view on the problem; classification (first notice). Lviv Clinical Bulletin. 2015;4(12): 56-64). (Ukrainian). <https://doi.org/10.25040/lkv2015.04.056>.
2. Абрагамович ОО, Фаюра ОП, Абрагамович УО. Коморбідність: сучасний погляд на проблему; класифікація (повідомлення друге). Львівський клінічний вісник. 2016;1(13):31–39 (Abrahamovych OO, Fayura OP, Abrahamovych UO. Comorbidity: a modern view on the problem; classification (second notice)). Lviv Clinical Bulletin. 2016;1(13):31-39). (Ukrainian). <https://doi.org/10.25040/lkv2016.01.031>
3. Настрога ТВ. Оптимізація лікування коморбідної патології – артеріальної гіпертензії у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень в практиці сімейного лікаря. Сімейна медицина. 2015;3(59):95–98 (Nastroga TV. Optimization of the treatment of comorbid pathology - arterial hypertension in combination with chronic obstructive pulmonary disease in the practice of a family doctor. Family Medicine. 2015;3(59):95-98). (Ukrainian).
4. Сіренко ЮМ. Медико-соціальні проблеми кардіологічної допомоги в Україні: шляхи вирішення. Проблеми безперервної медичної освіти та науки. 2014;2:6–10 (Sirenko YM. Medical and social problems of cardiac care in Ukraine: ways of solving. Problems of Continuous Medical Education and Science. 2014;2:6-10). (Ukrainian).
5. Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія». Наказ МОЗ України № 384 від 24.05.2012. [Інтернет]. 2012. Доступно: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/384_2012/384_2012_kn_ag.pdf (Unified clinical protocol for primary, emergency and secondary (specialized) medical aid «Arterial hypertension». Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 384 dated 24.05.2012. [Internet]. 2012. Available from: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/384_2012/384_2012_kn_ag.pdf). (Ukrainian).
6. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Хронічне обструктивне захворювання легень». Наказ МОЗ України № 555 від 27.06.2013. [Інтернет]. 2013. Доступно: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2013_555_HOZL/2013_555hozl_ukpmd.pdf (Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized), tertiary (highly specialized) medical aid and medical rehabilitation «Chronic Obstructive Pulmonary Disease». Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 555 dated June 27, 2013. [Internet]. 2013. Available from: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2013_555_HOZL/2013_555hozl_ukpmd.pdf). (Ukrainian).
7. Фадєєнко ГД, Гріднєв ОЄ, Несен АО. Коморбідність і високий кардіоваскулярний ризик – ключові питання сучасної медицини. Український терапевтичний журнал. 2013;1:102–107 (Fadeenko DG, Grindnev OE, Nessen AO. Comorbidity and high cardiovascular risk are the key issues of modern medicine. Ukrainian Therapeutic Journal. 2013;1:102-107). (Ukrainian).
8. Bestall JC, Paul EA, Garrod R. Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax. 1999;54(7):581-586. <https://doi.org/10.1136/thx.54.7.581>
9. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S. PURE Study Investigators. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. JAMA. 2013;310:959-968. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.184182>
10. Franssen FM. Comorbidities in patients with COPD and pulmonary rehabilitation: do they matter? Pulmonary Rehabilitation. 2014;23:131-14. <https://doi.org/10.1183/09059180.00007613>
11. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (GOLD) [Internet] Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease [updated 2018]. Available from: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf
12. Jones P, Harding G, Berry P. Development and first validation of the COPD Assessment Test. Eur Resp J. 2009;34(3):648-654. <https://doi.org/10.1183/09031936.00102509>
13. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. J Med Care. 1986;24(1):67-74. <https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>
14. NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. Lancet. 2017;389:37-55. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31919-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31919-5)

Стаття надійшла до редакції журналу 12.11.2018 р.

Ефективність застосування пацієнтоорієнтованої корекції прихильності до лікування у хворих на артеріальну гіпертензію з коморбідним хронічним обструктивним захворюванням легень

О. Б. Волошина, Т. О. Дичко, І. С. Лисий, В. О. Збітнева

Вступ. Сьогодні лікування хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з коморбідним хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) залишається недостатньо ефективним. Причиною цього може бути не лише взаємно обтяжуючий перебіг цих хвороб, але й порушення прихильності до антигіпертензивного та бронхолітичного лікування цієї категорії хворих.

Мета. З'ясувати ефективність застосування орієнтованої корекції прихильності до лікування у хворих на артеріальну гіпертензію з коморбідним хронічним обструктивним захворюванням легень після визначення й усунення основних причин порушення прихильності до антигіпертензивного та бронхолітичного лікування.

Матеріали й методи. Обстежено 94 хворих із діагнозом АГ II стадії та ХОЗЛ 2-ї або 3-ї клінічних груп (групи В і С), поділених на дві групи: основна – 51 хворий (54,3 %) на АГ з коморбідним ХОЗЛ і порівняння – 43 пацієнти (45,7 %) з тільки есенціальною АГ. Проаналізовано показники офісного й домашнього моніторингу артеріального тиску, спірометрії, результати опитування впливу ХОЗЛ на повсякденне життя і здоров'я хворих за опитувальником COPD Assessment Test, оцінки тяжкості задишки за модифікованою шкалою Британської медичної дослідницької ради modified Medical Research Council та D. E. Morisky – L. W. Green щодо прихильності до лікування.

Результати. У хворих на АГ з коморбідним ХОЗЛ крім значного зменшення загальної прихильності до лікування частіше виявляється, низька прихильність до бронхолітичного лікування, ніж до антигіпертензивного: $84,3 \pm 5,1$ % і $64,7 \pm 6,7$ % відповідно ($p < 0,02$). Проведення пацієнтоорієнтованої корекції прихильності до лікування забезпечує достовірно кращий контроль артеріального тиску у хворих на АГ з коморбідним ХОЗЛ – у $73,1 \pm 6,9$ % хворих на ХОЗЛ клінічної групи В та лише у $57,6 \pm 5,3$ % пацієнтів клінічної групи С ($p < 0,02$), а також поліпшує показники функції зовнішнього дихання, зокрема, співвідношення об'єму форсованого видиху за першу секунду до життєвої ємності легень (індекс R. Tiffeneau) на $9,4 \pm 4,1$ % ($p > 0,05$).

Висновки. Констатовано, що у хворих на АГ з коморбідним ХОЗЛ крім значного зменшення загальної прихильності до лікування трапляється достовірно частіше низька прихильність до бронхолітичного лікування, ніж до антигіпертензивного лікування. Проведення пацієнтоорієнтованої корекції прихильності до лікування забезпечує достовірно кращий контроль артеріального тиску у хворих на АГ з коморбідним ХОЗЛ та поліпшує показники функції зовнішнього дихання.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, хронічне обструктивне захворювання легень, коморбідні ураження, прихильність до лікування.

The Effectiveness of Patient-Oriented Correction of Adherence to Treatment in Patients with Arterial Hypertension and Comorbid Chronic Obstructive Pulmonary Disease

O. Voloshyna, T. Dychko, I. Lysyi, V. Zbitneva

Introduction. For today, the treatment of patients with comorbid pathology arterial hypertension (AH) and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) remains insufficiently effective. The reason for this may be not only mutually aggravating course of these diseases, but also violations of adherence to antihypertensive and bronchodilator therapy in this category of patients.

The aim of the study. To determine the effectiveness of patient - oriented correction of adherence to treatment in patients with comorbid pathology arterial hypertension and chronic obstructive pulmonary disease after determining and eliminating the main causes of violations of adherence to antihypertensive (AHT) and bronchodilator treatment (BDT).

Materials and methods. 94 patients with the established diagnosis of stage II hypertension and COPD of the 2nd or 3rd clinical groups (groups B and C) were examined, divided into two groups: the main group - 51 patients (54.3 %) with hypertension and concomitant COPD and comparison group - 43 patients (45.7 %) with essential hypertension. The data were analyzed by office and home blood pressure monitoring, spirometry parameters, the results of the questionnaires mMRS (modified Medical Research Council), CAT (COPD Assessment Test) and D. E. Morisky - L. W. Green's commitment to the treatment.

Results. It was found that in patients with AH and concomitant COPD, in addition to the significant reduction in overall adherence to treatment, low attachment to bronchodilator therapy is more often than antihypertensive: $84.3 \pm 5.1 \%$ and $64.7 \pm 6.7 \%$ respectively ($p < 0.02$). Conducting the patient-oriented correction of adherence to treatment leads to significantly better control of blood pressure in patients with hypertension associated with COPD - in $73.1 \pm 6.9 \%$ of COPD patients in clinical group B and only in $57.6 \pm 5.3 \%$ of patients with clinical group C ($p < 0,02$) and improves the function of external respiration, including FEV_1/FVC at $9.4 \pm 4.1 \%$ ($p < 0,05$).

Conclusions. In patients with comorbid pathology of AH and COPD, in addition to the significant reduction in overall adherence to treatment, low bronchodilator tolerance is significantly more common than antihypertensive therapy. Conducting the patient-oriented correction of adherence to treatment leads to significantly better control of blood pressure in patients with hypertension associated with COPD and improves the function of external respiration.

Keywords: arterial hypertension, chronic obstructive pulmonary disease, comorbid pathology, adherence to treatment.