

DOI 10.26886/2311-4517.4(84)2022.3

УДК: 616.24-036.12-085:616.89-008.45/47:615-005.4

ОЦІНКА КЛІНІЧНОГО СТАНУ, КОГНІТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ТА КОМПЛАЄНТНОСТІ ДО БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ ІЗ СУПУТНЬОЮ ІХС

Олена Колеснікова, кандидат медичних наук

<https://orcid.org/0000-0003-3017-8558>

e-mail: Olenakolesnikova76@gmail.com

ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої Національної Академії Медичних Наук України», Україна, Харків

За темою дослідження обстежено 38 хворих на ХОЗЛ та супутню ІХС, 32 хворих на ізольований ХОЗЛ, 23 пацієнта з ізольованим ІХС. Встановлено, що у хворих на ХОЗЛ як з супутньою ІХС так і без ІХС визначаються помірні когнітивні порушення та легкий ступень тривожності. Виявлено, що у пацієнтів усіх обстежених груп спостерігалась недостатня прихильність до базисної терапії захворювань. При оцінці показників прихильності до базисної терапії на візиті-2 у порівнянні з візитом-1 було відмічено зниження ризиків некомплаєнтності до базисної терапії у всіх групах спостереження. Відзначено, що на тлі покращення прихильності до базисної терапії зменшилась виразність диспноє при фізичному навантаженні у хворих на ХОЗЛ, ІХС та ХОЗЛ у поєднанні з ІХС. У всіх пацієнтів, що були опитані на другому візиті, спостерігаються середньо важкі тривожні розлади. Але неможливо пов'язати зростання тривоги виключно із соматичною патологією (ХОЗЛ та ІХС), так як на час опитування почалися та тривали бойові дії в Україні та безпосередньо в Харківській області.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, ішемічна хвороба серця, когнітивна функція, тривога, депресія, комплаєнтність до терапії.

Olena Kolesnikova, PhD of medical sciences, Assessment of clinical status, cognitive function and compliance to basic therapy in COPD patients with accompanying CHD / L.T. Malaya National Institute of Therapy National Academy Medical Sciences of Ukraine, Ukraine, Kharkiv

According to the research topic, 38 patients with COPD and accompanying coronary heart disease, 32 patients with isolated COPD, and 23 patients with isolated coronary heart disease were examined. It was established that patients with COPD, both with concomitant coronary heart disease and without coronary heart disease, have moderate cognitive impairment and a mild degree of anxiety. It was found that the patients of all examined groups showed insufficient adherence to the basic therapy of diseases. When assessing adherence to basic therapy at visit-2 compared to visit-1, a decrease in the risks of non-compliance with basic therapy was noted in all observation groups. It was noted that against the background of improved adherence to basic therapy, dyspnoea during physical exertion decreased in patients with COPD, coronary artery disease, and COPD in combination with coronary artery disease. All patients interviewed at the second visit have moderately severe anxiety disorders. But it is impossible to connect the growth of anxiety exclusively with somatic pathology (COPD and coronary heart disease), since at the time of the survey, hostilities began and continued in Ukraine and directly in the Kharkiv region.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, coronary heart disease, cognitive function, anxiety, depression, compliance to therapy.

Вступ. Сучасна концепція хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), як системного захворювання з екстрапульмональними проявами, передбачає залучення до процесу інших органів та систем – зокрема серця, судин, центральної нервової системи [1].

На думку деяких авторів, наявність коморбідності на тлі ХОЗЛ є скоріше правилом, ніж винятком, так як 96,4 % хворих на ХОЗЛ у віці 45 років і старше мають не менше одного супутнього захворювання, що впливає на лікування цієї бронхолегеневої патології.[2]. А для хворих 60 років і старше частота поєднання кількох хвороб знаходиться в прямій залежності від віку [3]. Це пояснюється не тільки наявними загальними факторами ризику [4], а й рядом загальних патогенетичних механізмів, наприклад, оксидативним стресом, ендотеліальною дисфункцією [5].

Однією з найбільш актуальних проблем як для медицини, так і для суспільства в цілому є коморбідність ХОЗЛ та ішемічної хвороби серця (ІХС). Широка поширеність цих захворювань обумовлює високу ймовірність їх поєднання в тих самих хворих. [6]. Причини такого поєднання різноманітні та значну роль грають загальні чинники ризику. Так, куріння, низька фізична активність, артеріальна гіпертонія, надмірна маса тіла, обтяжена спадковість ІХС у хворих на ХОЗЛ зустрічаються більш ніж у половині випадків. [7].

Також значна роль екстрапульмональних проявів хронічного обструктивного захворювання легень належить когнітивним порушенням, які зустрічаються у 77 % пацієнтів з гіпоксемічною ХОЗЛ та пов'язані з високою смертністю та непрацездатністю. [8]. Одним із найважливіших показників тяжкості гострої та хронічної недостатності мозкового кровообігу є когнітивні розлади (КР). Проблема КР характеризується їх високою поширеністю, тенденцією до збільшення

частки людей літнього і старечого віку в популяції, зростанням вимог до когнітивної сфери людини по мірі розвитку сучасного суспільства. [9].

ХОЗЛ та ІХС мають багато спільних шляхів розвитку когнітивних розладів, таких як хронічне системне запалення, атеросклеротичне ураження судин, хронічна ішемія головного мозку, ендотеліальна дисфункція. Але є шляхи, притаманні виключно ХОЗЛ – це артеріальна гіпоксемія та бронхіальна обструкція, та механізми, притаманні ІХС – це порушення серцевого ритму, артеріальна гіпертензія, зниження систолічної функції лівого шлуночка, стеноз сонних артерій. Поєднання різних шляхів розвитку ускладнює діагностику, лікування та профілактику когнітивних розладів, потребує індивідуального підходу до ведення таких пацієнтів [10].

Метою фармакологічного лікування хворих на ХОЗЛ є зменшення симптомів, частоти та тяжкості загострень, покращення якості життя та сприйняття фізичних навантажень. При призначенні фармакологічного лікування підхід повинен бути специфічним для кожного пацієнта в залежності від тяжкості симптомів, також необхідно врахуванні ризику загострень, доступність препаратів та відповідь хворого на лікування. При призначенні препаратів в інгаляторах необхідно тренувати хворого правильній техніці їх використання для доставки ефективної дози. Вибір інгаляційного препарату залежить від його доступності, вартості, призначення лікаря, навичок та можливостей пацієнта. Хворі з ХОЗЛ, особливо із когнітивними розладами, можуть мати проблеми із координацією, їм може бути важко застосовувати дозований аерозольний інгалятор (ДАІ). Крім дозованих аерозольних інгаляторів існують інші — активовані вдихом інгалятори, сухопорошкові інгалятори (СПІ). В цілому, у хворих на ХОЗЛ частки препарату при використанні СПІ

частіше потрапляють та розташовуються в центральних бронхах (внаслідок фіксованої бронхообструкції та зменшеної сили вдиху). Використання ДАІ із застосуванням спейсеру дозволяє подолати проблеми з координацією, поліпшити потрапляння препарату в дистальні дихальні шляхи та підвищити ефективність лікування. Забезпечити якісне потрапляння розчинів лікарських препаратів в дистальні відділи дихальних шляхів допомагає небулайзерна терапія. Застосування небулайзера може мати переваги перед іншими доставковими пристроями у пацієнтів з вираженою гіперінфляцією та низькою силою вдиху.

Хворі на ХОЗЛ та КР мають отримувати базисну терапію ХОЗЛ згідно з GOLD та національними рекомендаціями в залежності від групи ХОЗЛ: бронходилататори тривалої дії, інгаляційні кортикостероїди, тривала оксигенотерапія. Для лікування ІХС, згідно міжнародних та національних рекомендацій, призначаються наступні препарати: В-блокатори, блокатори рецепторів ангіотензину II, інгібітори ангіотензін-перетворюючого ферменту, статини, антиагреганти.

Як тільки у пацієнта діагностовано ХОЗЛ або ІХС, необхідно, якомога швидше, розпочати ефективне лікування, засноване на індивідуальній оцінці захворювання. Фармакологічна та нефармакологічна терапія при необхідності повинна бути скоригована та в подальшому переглядатись. Мета лікування хворого з стабільним перебігом ХОЗЛ та ІХС — зменшення симптомів та майбутніх ризиків. Наведених цілей треба досягти при мінімальних побічних ефектах терапії, із урахуванням супутньої патології, яку необхідно виявити та лікувати. Важливо, щоб пацієнт розумів природу захворювання, фактори ризику його прогресування, важливість лікування. Необхідно спостерігати за пацієнтом в динаміці, моніторувати прогресування

захворювання, ефективність терапії та можливі побічні явища, загострення, супутню патологію. Пацієнту необхідно надати рекомендації щодо здорового способу життя, включаючи усунення факторів ризику, дієтичні рекомендації, пояснити, що фізичне навантаження є безпечним та необхідним. Подальше ведення хворого на ХОЗЛ із супутньою патологією вимагає нової оцінки його стану для досягнення цілей лікування та ідентифікації можливих перешкод для успішної терапії. Необхідно проаналізувати відповідь на первинну терапію і при необхідності провести її корекцію.

Незважаючи на досягнення сучасної медицини, поява більш ефективних лікарських препаратів та розвиток високотехнологічної медичної допомоги, смертність від хронічних захворювань, таких як хронічна обструктивне захворювання легень та ішемічна хвороба серця, як і раніше, залишається високою. Це може бути пов'язано з коморбідним перебігом даних захворювань, що призводить до труднощів діагностики та призначення коректного лікування, а також із недостатньою прихильністю пацієнта до призначеної терапії. В даний час питання комплаєнтності пацієнта представляє великий інтерес, оскільки досягнення успіху у лікуванні грає дотримання пацієнтом рекомендацій лікаря. Прихильність до терапії (або комплаєнтність) – це відповідність поведінки пацієнта, рекомендації лікаря, включаючи прийом препаратів, дієту та/або зміну способу життя. Прихильність до лікування є незадовільною, якщо пацієнт приймає менше 80 % або більше 120 % доз, призначених на тривалий період медикаментів [11]. До порушення комплаєнтності також відноситься прийом лікарських засобів у некоректний час, пропуск прийому препарату, самостійна зміна дози призначених лікарських препаратів без консультації лікаря. Тільки 50 % хворих із хронічними захворюваннями виконують рекомендації лікаря, у той час як висока

прихильність до терапії призводить до зменшення частоти розвитку несприятливих результатів, а також сприяє покращенню якості життя пацієнтів та когнітивної функції [12].

Відомо, що деякі хворі виконують рекомендації лікаря лише нетривалий час, і на тлі поліпшення самопочуття чи період компенсації захворювання пацієнт повністю чи частково цурається лікування до періоду загострення. У періоди стабільного або легкого загострення захворювання лікування ХОЗЛ та ІХС проводиться амбулаторно, та більша частина відповідальності щодо прийому лікарських препаратів та виконання призначень з немедикаментозного лікування лягає на хворого [13]. В наслідок недотримання рекомендацій погіршується загальний стан пацієнта, що призводить до зниження якості життя, тому важливо правильно визначати причину погіршення самопочуття хворого на подальшу корекцію лікування.

Мета дослідження – оцінити особливості клінічного стану, когнітивної функції та комплаєнтності до базисної терапії у хворих на ХОЗЛ із супутньою ІХС.

Матеріали и методи. Дослідження проводилося серед амбулаторних пацієнтів у клініці ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т.Малої НАМН України». За темою дослідження обстежено 102 пацієнта, серед них 38 хворих на ХОЗЛ та супутню ІХС, 32 хворих на ізольований ХОЗЛ, 23 пацієнта з ізольованим ІХС та 9 пацієнтів контрольної групи. Серед них 69 чоловіків та 33 жінки, середній вік яких становить $(61,00 \pm 9,12)$ років.

Діагноз ХОЗЛ був встановлений пацієнтам згідно з наказом МОЗ України № 555 від 27.06.13 р., та положеннями, сформульованими в документі GOLD (Global initiative for ChronicObstructive Lung Disease, 2020) на основі даних анамнезу, загальноклінічного обстеження,

рентгенографії органів грудної клітки, визначення функції зовнішнього дихання (ФЗД). Згідно з рекомендаціями Європейського товариства кардіологів діагноз ІХС встановлювали на основі клініки (ангінозний біль), навантажувальних тестів (стресс-ЕхоКГ з добутамином, велоергометрія), ЕКГ, коронароангіографії.

У дослідження були включені тільки пацієнти, які на момент включення отримували стабільну терапію відповідно міжнародним та національним стандартам, в яких терапія бронходилататорами визнана базисною для лікування ХОЗЛ.

Дослідження проводилось на фоні підібраної раніше терапії ІХС, при цьому корекція дози чи заміна препарату не допускалася, без значущої необхідності. У випадку істотної зміни терапії чи низького комплайнсу пацієнта до неї, він був виключений з дослідження.

Усім хворим проведено загальноклінічне обстеження, антропометричні виміри, обчислення індексу маси тіла (ІМТ), середній показник якого склав ($29,81 \pm 5,87$). Зібрані дані за допомогою опитувальників MMRC, CAT та Борга, оцінена переносимість фізичного навантаження за тестом с шести- хвилинною ходьбою. Отримані дані представлені в таблиці 1.

Таблиця 1.

Характеристика пацієнтів

Показники	Обстежені пацієнти (n=102)
Проба з 6-хвилинною ходьбою, м	319,71±62,33
шкала Борга	
--- до тесту, бали	2,27±0,82
--- після тесту, бали	4,69±0,91
SpO ₂ , %	95,09±5,71
CAT, бали	12,88±4,79

Порівняльна характеристика груп ХОЗЛ, ІХС та ХОЗЛ із супутньою ІХС представлена в таблиці 2.

Таблиця 2.

**Порівняльна характеристика групи ХОЗЛ, ІХС та ХОЗЛ
із супутньою ІХС.**

Показники	Хворі на ХОЗЛ (n=32)	Хворі на ІХС (n=23)	Хворі на ХОЗЛ та ІХС (n=38)
Вік	61,11±9,11	56,09±8,84	64,84±7,90*
Чоловіків/жінок, n(%)	26 (81,25%)/ 6(18,75%)	11(48%)/ 12(52%)	31(81,58%)/ 7(18,42%)
тривалість ХОЗЛ, років	8,26±4,68	0	9,69±6,24
Легенева гіпертензія	5(15,62%)	0	7(18,42%)
ІХС (ФК) 1	0	4(17,4%)	5(13,16%)
ІХС (ФК) 2	0	9(39,1%)	28(73,68%)
ІХС (ФК) 3	0	10(43,5%)	5(13,16%)
Інфаркт міокарду в анамнезі	0	12(52,2%)	6(15,79%)
куріння (пачка/років)	35,06±17,42	25,50±13,41	33,07±10,86
ІМТ, кг/м ²	29,53±7,21	29,81±3,97	30,65±6,47
Тест з 6 хв. ходою, м	321,49±70,68	326,30±46,29	304,11±62,41
SpO ₂ , %	95,61±1,91	96,52±1,31	93,42±8,62
шкала Борга до 6 хв. ходою, бал	2,13±0,94	2,26±0,86	2,42±0,75
шкала Борга після 6 хв. ходою, бал	3,58±1,27	3,48±0,73	6,52±15,41
MMRC	1,78±0,62	1,70±0,70	1,73±0,78
CAT	13,93±4,57	12,26±5,36	12,98±4,72
Примітка. * - p < 0,05; достовірність різницею порівнянні з групою хворих на ІХС			

Усім хворим досліджена функція зовнішнього дихання. В результаті спірометрії в загальній групі спостереження були отримані

наступні показники: середній об'єм форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ1)- $(64,43 \pm 23,56)$, середній показник відношення об'єму форсованого видиху за 1 секунду до форсованої життєвої ємності легень склав (ОФВ1/ФЖЄЛ) - $(65,18 \pm 19,13)$.

Результати спірометричного дослідження, які були порівняні у групах ХОЗЛ, ІХС та ХОЗЛ із супутньою ІХС представлені в таблиці 3.

Таблиця 3.

Спірометричні характеристики груп хворих на ХОЗЛ, ІХС та ХОЗЛ із супутньою ІХС

Показники	Хворі на ХОЗЛ (n=32)	Хворі на ІХС (n=23)	Хворі на ХОЗЛ та ІХС (n=38)
ОФВ1, %	$55,86 \pm 14,76^*$	$84,43 \pm 19,25$	$53,94 \pm 15,88^*$
ФЖЄЛ	$78,21 \pm 17,69^*$	$91,65 \pm 13,20$	$75,32 \pm 18,65^*$
ОФВ1/ФЖЄЛ	$56,35 \pm 14,47^*$	$72,87 \pm 10,45$	$55,58 \pm 13,43^*$
МОС25, л/с	$43,13 \pm 25,12^*$	$75,22 \pm 22,47$	$38,64 \pm 22,74^*$
МОС50, л/с	$30,46 \pm 17,63^*$	$66,78 \pm 30,56$	$28,74 \pm 19,38^*$
МОС75, л/с	$32,12 \pm 18,65^*$	$66,57 \pm 37,22$	$32,15 \pm 19,87^*$
Індекс VODE	$3,18 \pm 2,24$	$2,30 \pm 1,06$	$3,20 \pm 2,17$
Примітка. * - $p < 0,05$; достовірність різницею порівнянні з групою хворих на ІХС			

Когнітивна функція та рівень тривожності пацієнтів були оцінені за Монреальським когнітивним тестом, опитувальником GAD-7, госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS). Отримані дані представлені в таблиці 4.

Таблиця 4.

Показники когнітивної функції та рівня тривожності пацієнтів

Показники	Обстежені пацієнти (n=102)
Монреальський когнітивний тест (МОСА), бали	$20,64 \pm 3,74$
Опитувальник GAD-7, бали	$6,21 \pm 2,86$

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)	Тривога 5,95±3,19	Депресія 6,32±3,13
---	----------------------	-----------------------

За результатами Монреальського когнітивного тесту у дослідженої групи пацієнтів середній бал склав (20,64 ± 3,74), що відповідає помірними когнітивними порушеннями. Також звертає увагу середній показник опитувальника GAD-7 (6,21 ± 2,86), що відповідає легкому ступеню тривожності.

При порівнянні показників когнітивної функції та рівня тривожності пацієнтів груп ХОЗЛ, ІХС та ХОЗЛ у поєднанні з ІХС достовірної розбіжності виявлено не було. Отримані дані представлені в таблиці 5.

Таблиця 5.

Порівняльна характеристика показників когнітивної функції та рівня тривожності пацієнтів з ХОЗЛ, ІХС та ХОЗЛ у поєднанні з ІХС

Показники	Хворі на ХОЗЛ (n=32)	Хворі на ІХС (n=23)	Хворі на ХОЗЛ та ІХС (n=38)
МОСА	20,61±2,95	20,52±3,10	20,38±3,46
GAD-7	6,38±2,38	7,00±3,45	5,67±2,93
HADS1-тривога	6,18±3,24	6,52±2,95	5,68±3,21
HADS2- депресія	6,31±2,72	6,96±3,01	6,11±3,23

Згідно дизайну дослідження, проведено телефонні контакти з пацієнтами, що пройшли другу точку (візит-2) – 6 місяців від початку спостереження. Всього опитано 81 пацієнт. Серед них 33 хворих на ХОЗЛ та супутню ІХС, 27 хворих на ізольований ХОЗЛ та 21 пацієнт з ізольованим ІХС. При проведенні телефонних візитів було з'ясовано, що за останні 6 місяців загострення ХОЗЛ були зафіксовані у 9

пацієнтів з ізольованим ХОЗЛ та 12 пацієнтів групи ХОЗЛ та супутньою ІХС. Усі ці загострення ХОЗЛ лікувалися амбулаторно, госпіталізацій з приводу загострень ХОЗЛ не було. Приступи стенокардії були описані 4 хворими групи з ізольованим ІХС та 8 хворими групи ХОЗЛ та супутньої ІХС. Госпіталізацій з приводу маніфестації ІХС не було. Серед пацієнтів груп спостереження перенесли інфекцію COVID-19 6 хворих на ізольований ХОЗЛ, 4 пацієнта з ізольованим ІХС та 9 пацієнтів з ХОЗЛ та супутньою ІХС. Всі пацієнти з інфекцією COVID-19 лікувалися амбулаторно, потреби в стаціонарному лікуванні та кисневій терапії не було. Несприятливих подій, таких як гострий інфаркт міокарду та смерть пацієнта, зафіксовано не було. Отримані дані представлені в таблиці 6.

Таблиця 6.

Дані візиту-2 телефонний контакт – 6 місяців у групах спостереження.

Показники	Хворі на ХОЗЛ (n=27)	Хворі на ІХС (n=21)	Хворі на ХОЗЛ та ІХС (n=33)
Частота загострень ХОЗЛ, n (%)	9 (33,33%)	0	12 (36,36%)
Середня кількість загострень ХОЗЛ за 6 місяців	0,33		0,36
Перенесений COVID-19, n (%)	6(22,22%)	4 (19,05%)	9(27,27%)
Приступи стенокардії були зафіксовано, n (%)		4(19,05%)	8(24,24%)

З усіма пацієнтам при включенні в дослідження (візит-1) була проведена бесіда про необхідність регулярно приймати препарати базисної терапії для лікування ХОЗЛ та ІХС.

Для оцінки прихильності пацієнтів до прийому лікарських препаратів використовували **тест Моріскі-Гріна**, який є найбільш відомим, простим і лаконічним, валідований в 1985 році і опублікований авторами в 1986 р. Тест включає в себе чотири питання (4-item Morisky Medication Adherence Scale - MMAS-4), що визначають, пропускає чи хворий прийом лікарських препаратів, якщо відчуває себе добре або погано, забуває він прийняти ліки і чи уважно він відноситься до рекомендованого часу прийому препаратів. На кожне питання пропонується вибрати позитивну або негативну відповідь (так / ні). Кожна негативну відповідь оцінюється в 1 бал. Пацієнти, які набрали 4 бали, вважаються прихильними до терапії, 1-2 бали - НЕ прихильними, 3 бали - недостатньо прихильними, з ризиком переходу в групу не прихильних до лікування. Безперечними перевагами тесту є його стислість і, відповідно, швидкість виконання, універсальність (що дозволяє використовувати тест у хворих різними захворюваннями), простота інтерпретації результатів тесту.

У всіх опитаних пацієнтів при включенні у дослідження на візиті-1 спостерігалась недостатня прихильність до базисної терапії захворювань за шкалою Моріскі-Гріна. При оцінці показників за шкалою Моріскі-Гріна на візиті-2 (телефонний контакт) у порівнянні з візитом-1 було відмічено зниження ризиків некомплаєнтності до базисної терапії у всіх групах спостереження. Отримані дані представлені в таблиці 7.

Таблиця 7.

Показники прихильності до базисної терапії за шкалою Моріскі-Гріна у групах спостереження на візиті-1 та візиті-2.

Показники	Хворі на ХОЗЛ		Хворі на ІХС		Хворі на ХОЗЛ та ІХС	
	Візит 1 (n=32)	Візит 2 (n=27)	Візит1 (n=23)	Візит 2 (n=21)	Візит 1 (n=38)	Візит 2 (n=33)

шкала Моріскі-Гріна	3,17±1,07	3,56±0,87	3,35±0,98	3,51±0,74	3,35±0,59	3,74±0,63
---------------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

При опитуванні пацієнтів за шкалою MMRC при телефонному візиті-2 за 6 місяців від початку спостереження відмічена тенденція до зменшення виразності диспное у порівнянні з візитом-1 на початку дослідження (таб.8).

Таблиця 8.

Показники за шкалою MMRC у групах спостереження на візиті-1 та візиті-2

Показники	Хворі на ХОЗЛ		Хворі на ІХС		Хворі на ХОЗЛ та ІХС	
	Візит 1 (n=32)	Візит 2 (n=27)	Візит1 (n=23)	Візит 2 (n=21)	Візит 1 (n=38)	Візит 2 (n=33)
MMRC	1,78±0,62	1,56±0,78	1,70±0,70	1,56±0,65	1,73±0,78	1,70±0,81

Ми вважаємо, що покращення витривалості при фізичному навантаженні за шкалою MMRC пов'язане з покращенням прихильності до базисної терапії.

Також при телефонних контактах пацієнти були опитані за шкалами GAD-7 та HADS для оцінки виразності тривоги та депресії. Отримані дані представлені в таблиці 9.

Таблиця 9.

Порівняльна характеристика показників рівня тривожності пацієнтів з ХОЗЛ, ІХС та ХОЗЛ у поєднанні з ІХС на візиті-2.

Показники	Хворі на ХОЗЛ (n=27)	Хворі на ІХС (n=21)	Хворі на ХОЗЛ та ІХС (n=33)
GAD-7	11,32±3,76	12,61±2,52	10,95±2,86
HADS1-тривога	9,47±3,28	8,91±2,69	9,64±3,82
HADS2- депресія	7,68±2,14	7,59±3,14	6,98±2,92

У всіх пацієнтів спостерігається середньо важкі тривожні розлади. Але неможливо пов'язати зростання тривоги виключно із соматичною патологією (ХОЗЛ та ІХС), так як під час опитування почалися та тривають бойові дії в Україні та безпосередньо в місті Харкові та Харківській області.

Висновки.

Встановлено, що у хворих на ХОЗЛ як з супутньою ІХС так і без ІХС визначаються помірні когнітивні порушення та легкий ступень тривожності. Виявлено, що у хворих на ХОЗЛ, ІХС та ХОЗЛ у поєднанні з ІХС спостерігалась недостатня прихильність до базисної терапії захворювань. При оцінці показників прихильності до базисної терапії на візиті-2 у порівнянні з візитом-1 на тлі проведених бесід про необхідність регулярної базисної терапії було відмічено зниження ризиків некомплаєнтності до базисної терапії у всіх групах спостереження. Відзначено, що на тлі покращення прихильності до базисної терапії зменшилась виразність диспноє при фізичному навантаженні у хворих на ХОЗЛ, ІХС та ХОЗЛ у поєднанні з ІХС. У всіх пацієнтів, що були опитані при телефонному контакті, спостерігається середньо важкі тривожні розлади. Але неможливо пов'язати зростання тривоги виключно із соматичною патологією (ХОЗЛ та ІХС), так як на час опитування почалися та тривали бойові дії в Україні та безпосередньо в Харківській області.

Література:

1. Clarenbach, C. F., Sievi, N. A., & Kohler, M. (2017). Annual progression of endothelial dysfunction in patients with COPD. *Respiratory medicine*, 132, 15–20. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2017.09.005>
2. Schnell, K., Weiss, C. O., Lee, T., Krishnan, J. A., Leff, B., Wolff, J. L., & Boyd, C. (2012). The prevalence of clinically-relevant comorbid

conditions in patients with physician-diagnosed COPD: a cross-sectional study using data from NHANES 1999-2008. *BMC pulmonary medicine*, 12, 26. <https://doi.org/10.1186/1471-2466-12-26>

3. Войнаровська, Г., & Асанов, Е. (2020). Ішемічна хвороба серця та хронічне обструктивне захворювання легень: актуальна проблема коморбідності у внутрішній медицині. *ScienceRise: Medical Science*, (3 (36)), 20-24. <https://doi.org/10.15587/2519-4798.2020.203968>

4. Треумова, С. І., Петров, Є. Є., Бурмак, Ю. Г., & Іваницька Т. А. (2017). Хронічне обструктивне захворювання легень і ішемічна хвороба серця: проблеми коморбідності (огляд літератури). *Вістник проблем біології і медицини*, випуск 4(141), 66-72. <https://doi.org/10.29254/2077-4214-2017-4-3-141-66-72>

5. Ахминеева, А.Х.(2014). Биохимические маркеры дисфункции эндотелия при хронической обструктивной болезни легких в сочетании с гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца. *Терапевтический архив*, 86(3), 20-23.

6. Амбатьелло, Л. Г., & Чазова, И. Е. (2020). Сердечно-сосудистые заболевания и хронические обструктивные болезни легких: патофизиологические особенности и выбор тактики лечения. *Терапевтический архив*, 92(3), 78-83. <https://doi.org/10.26442/00403660.2020.03.000456>

7. GOLD Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases, Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, revised. 2020. URL: <http://www.goldcopd.org>.

8. Higbee, D. H., & Dodd, J. W. (2021). Cognitive impairment in COPD: an often overlooked co-morbidity. *Expert review of respiratory medicine*, 15(1), 9–11. <https://doi.org/10.1080/17476348.2020.1811090>

9. Simargi, Y., Mansyur, M., Turana, Y., Harahap, A. R., Ramli, Y., Siste, K., Prasetyo, M., & Rumende, C. M. (2022). Risk of developing cognitive impairment on patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review. *Medicine*, 101(25), e29235. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000029235>
10. Tudorache, E., Fildan, A. P., Frandes, M., Dantes, E., & Tofolean, D. E. (2017). Aging and extrapulmonary effects of chronic obstructive pulmonary disease. *Clinical interventions in aging*, 12, 1281–1287. <https://doi.org/10.2147/CIA.S145002>
11. World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization.
12. Walsh, C. A., Cahir, C., Tecklenborg, S., Byrne, C., Culbertson, M. A., & Bennett, K. E. (2019). The association between medication non-adherence and adverse health outcomes in ageing populations: A systematic review and meta-analysis. *British journal of clinical pharmacology*, 85(11), 2464–2478. <https://doi.org/10.1111/bcp.14075>
13. Потабашній, В. А., Князева, О. В., & Маркова, О. Я. (2021). Проблеми діагностики та лікування хронічної ішемічної хвороби серця в поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень за даними ретроспективного аналізу. *Медичні перспективи*, 26(2), 72-79. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2021.2.234517>

References:

1. Clarenbach, C. F., Sievi, N. A., & Kohler, M. (2017). Annual progression of endothelial dysfunction in patients with COPD. *Respiratory medicine*, 132, 15–20. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2017.09.005>
2. Schnell, K., Weiss, C. O., Lee, T., Krishnan, J. A., Leff, B., Wolff, J. L., & Boyd, C. (2012). The prevalence of clinically-relevant comorbid conditions in patients with physician-diagnosed COPD: a cross-sectional

study using data from NHANES 1999-2008. *BMC pulmonary medicine*, 12, 26. <https://doi.org/10.1186/1471-2466-12-26>

3. Voinarovska, G., & Asanov, E. (2020). Ishemichna hvoroba sercja ta hronichne obstruktivne zahvorjuvannja legen': aktual'na problema komorbidnosti u vnutrishnij medicini [Coronary heart disease and chronic obstructive pulmonary disease: an actual problem of comorbidity in internal medicine]. *ScienceRise: Medical Science*, (3 (36)), 20-24. <https://doi.org/10.15587/2519-4798.2020.203968> [in Ukrainian].

4. Treumova, S. I., Petrov, Є. Є., Burmak, Ju. G., & Ivanič'ka T. A. (2017). Hronichne obstruktivne zahvorjuvannja legen' i ishemichna hvoroba sercja: problemi komorbidnosti (ogljad literaturi) [Chronic obstructive pulmonary disease and ischemic heart disease: the problems of comorbidity (literature review)]. *Bulletin of problems biology and medicine*, vipusk 4(141), 66-72. <https://doi.org/10.29254/2077-4214-2017-4-3-141-66-72> [in Ukrainian].

5. Ahmineeva, A.H. (2014). Biohimicheskie markery disfunkcii jendotelija pri hronicheskoj obstruktivnoj bolezni legkih v sochetanii s gipertonicheskoj bolezni'ju, ishemicheskoj bolezni'ju serdca [Biochemical markers of endothelial dysfunction in chronic obstructive pulmonary disease concurrent with hypertensive disease or coronary heart disease]. *Therapeutic Archive*, 86(3), 20-23. [in Russian].

6. Ambatiello L.G., Chazova I.E. Cardiovascular and chronic obstructive pulmonary diseases: pathophysiological processes and treatment tactics. *Therapeutic Archive*. 2020; 92 (3): 78-83. DOI: [10.26442/00403660.2020.03.000456](https://doi.org/10.26442/00403660.2020.03.000456) [in Russian].

7. GOLD Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases, Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, revised. 2020. URL: <http://www.goldcopd.org>.

- 8 Higbee, D. H., & Dodd, J. W. (2021). Cognitive impairment in COPD: an often overlooked co-morbidity. *Expert review of respiratory medicine*, 15(1), 9–11. <https://doi.org/10.1080/17476348.2020.1811090>
9. Simargi, Y., Mansyur, M., Turana, Y., Harahap, A. R., Ramli, Y., Siste, K., Prasetyo, M., & Rumende, C. M. (2022). Risk of developing cognitive impairment on patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review. *Medicine*, 101(25), e29235. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000029235>
10. Tudorache, E., Fildan, A. P., Frandes, M., Dantes, E., & Tofolean, D. E. (2017). Aging and extrapulmonary effects of chronic obstructive pulmonary disease. *Clinical interventions in aging*, 12, 1281–1287. <https://doi.org/10.2147/CIA.S145002>
11. World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization.
12. Walsh, C. A., Cahir, C., Tecklenborg, S., Byrne, C., Culbertson, M. A., & Bennett, K. E. (2019). The association between medication non-adherence and adverse health outcomes in ageing populations: A systematic review and meta-analysis. *British journal of clinical pharmacology*, 85(11), 2464–2478. <https://doi.org/10.1111/bcp.14075>
13. Potabashnij, V. A., Knjazeva, O. V., & Markova, O. Ja. (2021). Problemi diagnostiki ta likuvannja hronichnoï ishemichnoï hvorobi sercja v poednanni z hronichnim obstruktivnim zahvorjuvannjam legen' za danimi retrospektivnogo analizu [Problems of diagnosis and treatment of chronic ischaemic heart disease combined with chronic obstructive pulmonary disease according to retrospective analysis]. *Medicni perspektivi*, 26(2), 72-79. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2021.2.234517> [in Ukrainian].