

О.М. Беш<sup>1,2</sup>, О.С. Романишин<sup>2</sup>,  
О.О. Сорокопуд<sup>1</sup>, О.Р. Слаба<sup>1</sup>,  
В.В. Зенін<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Львівський національний медичний  
університет ім. Данила Галицького,  
кафедра внутрішньої медицини № 2  
<sup>2</sup> Університетська лікарня філія  
Львівського національного медичного  
університету ім. Данила Галицького

# ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ЛІКУВАННЯ

**Резюме.** Хронічні обструктивні захворювання бронхолегеневої системи є одними з найбільш поширених у світі. Бронхіальна астма (БА) та хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) значно обмежують пацієнтів, знижують їхню працездатність і потребують чималих фінансових витрат. Сьогодні ми маємо можливість допомогти таким пацієнтам, призначивши доступні та дієві ліки. Однак частина пацієнтів не може досягти контролю над хворобою. Частою причиною цього є погана прихильність до лікування.

**Мета дослідження:** визначення прихильності до лікування та її вплив на перебіг хвороби

**Матеріали та методи.** У дослідження було включено 52 пацієнти з бронхіальною астмою та хронічним обструктивним захворюванням легень. Важкість захворювання визначали за допомогою шкали оцінки важкості задишки (MRC), спірометричними показниками. Прихильність до лікування оцінювали за допомогою опитувальника, що включає 7 запитань.

**Результати.** Оцінку результатів тестувань проводили на першому візиті, через 3 та 6 місяців після початку лікування. Через 6 місяців середні показники опитувальника MRC покращилися в обох групах, однак у групі пацієнтів БА кількість пацієнтів, які оцінювали свою задишку як важку, була значно меншою (7 пацієнтів у групі ХОЗЛ та 2 пацієнти в групі БА). Прихильність до лікування незначно відрізнялася в обох групах (4,5±0,1 бала проти 4,2±0,3 бала,  $p < 0,05$ ). Основними факторами, що впливають на прихильність, є вартість препарату, тривалість використання та можливі побічні дії.

**Ключові слова:** бронхіальна астма, хронічне обструктивне захворювання легень, прихильність до лікування.

Захворювання бронхолегеневої системи є одними з найбільш поширених у світі, від яких щороку помирає від 3 до 5 млн людей. Бронхіальна астма (БА) — гетерогенне захворювання дихальних шляхів, що клінічно проявляється нападами ядухи, задишкою, відчуттям свисту в грудній клітці, переважно сухим кашлем. БА здебільшого пов'язана із підвищеною чутливістю до побутових, пилоквих та епідермальних алергенів. У невеликій частини пацієнтів провокуючими факторами є харчові алергени, стрес, медикаменти, фізичні фактори (холод, вібрація, фізичне навантаження). За результатами епідеміологічних досліджень, поширеність астми у світі становить від 1 до 29% у різних країнах. На жаль, з кожним роком кількість пацієнтів із БА зростає [1].

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) характеризується частковою зворотністю обструкції, що пов'язано із патологічним запаленням. Ця хвороба повільно прогресує та призводить до зниження легеневої функції, задишки й зниження працездатності. ХОЗЛ є четвертою причиною смерті в усьому світі, спричинивши 3,5 мільйони смертей у 2021 році, приблизно 5% усіх смертей у світі [2].

БА і ХОЗЛ є важливою медичною, соціальною та економічною проблемою сьогодення, оскільки призводять до втрати працездатності й порушення якості життя (ЯЖ) пацієнтів [1-3]. Захворювання уражує усі вікові категорії населення та при неефективному контролі призводить не тільки до погіршення якості життя, але й до інвалідизації та смерті пацієнта. Основною метою лікування БА та ХОЗЛ є досягнення контролю над симптомами хвороби. Дані багатьох досліджень, які аналізували причини відсутності контролю над хворобою в конкретних пацієнтів, дозволяють стверджувати, що, незважаючи на доступність методів діагностики й медикаментозного лікування (наприклад, за державними програмами фінансування), більшість пацієнтів не досягають тривалої ремісії хвороби. На сьогодні виділяють багато факторів поганої прихильності до лікування. Їх можна поділити на п'ять груп: соціально-економічні, фактори, пов'язані з лікуванням, самим пацієнтом, хворобою, та фактори системи охорони здоров'я (табл. 1).

Таблиця 1. Фактори, що впливають на прихильність до лікування

Фактори, пов'язані із пацієнтом	Фактори, пов'язані із лікуванням	Соціально-економічні фактори	Фактори, системи охорони здоров'я	Фактори, пов'язані з хворобою
<ul style="list-style-type: none"> <li>• забудькуватість</li> <li>• психоемоційна лабільність</li> <li>• тривожне налаштування щодо побічних ефектів від лікування</li> <li>• низька мотивація щодо постійного прийому ліків</li> <li>• погана обізнаність щодо симптомів, що вказують на погіршення стану</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• складні схеми лікування</li> <li>• тривалість терапії</li> <li>• попередні невдалі спроби лікування</li> <li>• часті зміни схем лікування</li> <li>• побічні реакції на медикаменти</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• низький соціально-економічний статус</li> <li>• безробіття</li> <li>• низький рівень освіти</li> <li>• відсутність соціальної підтримки</li> <li>• віддаленість медичних закладів</li> <li>• проблеми в сім'ї</li> <li>• висока вартість препаратів</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• недостатня обізнаність лікаря щодо лікування пацієнта із хронічним захворюванням</li> <li>• поганий розвиток аптечної мережі</li> <li>• недоступність до системи реімбурсації ліків</li> <li>• короткотривалі візити</li> <li>• недостатнє навчання пацієнтів.....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• важкість хвороби</li> <li>• ступінь інвалідизації</li> <li>• швидкість прогресування хвороби</li> <li>• доступність необхідних ліків</li> </ul>

### Оцінка ефективності лікування

У своїй практиці ми звикли оцінювати ефективність лікування на основі результатів лабораторних чи інструментальних досліджень, але часто не враховуємо таких важливих показників, як якість життя пацієнта та його прихильність до лікування, які тісно пов'язані між собою [4].

Важливою складовою оцінки ефективності лікування є якість життя пацієнта. Бронхіальна астма та ХОЗЛ — це хронічні захворювання, що впливають на фізичну активність пацієнта, модифікують його спосіб життя. Визначення якості життя пацієнтів дозволяє отримати уявлення не лише про те, як хворий ставиться до свого захворювання, але і як він оцінює ефективність свого лікування.

У міжнародному медичному словнику існує декілька медичних термінів, що означають прихильність. Все частіше використовують такі терміни, як: «adherence», «compliance» та дещо рідше — «concordance». **Concordance**: пацієнт та лікар дійшли згоди щодо найбільш прийнятної терапії захворювання. Пацієнт повністю розуміє режим терапії. **Compliance**: пацієнт має бажання дотримуватися призначеного курсу терапії. **Adherence** (прихильність) — поєднує розуміння, бажання та активну дію пацієнта (compliance & persistency). Згідно з визначенням експертів ВООЗ, прихильність до лікування — поняття, яке характеризує, наскільки точно та послідовно пацієнт виконує надані лікарем рекомендації щодо прийому препаратів, дотримання дієти й модифікації способу життя. Іншими словами, прихильність — це ступінь відповідності поведінки пацієнта рекомендаціям, наданим лікарем, при цьому особливу увагу приділяють питанню активної участі пацієнта в процесі лікування [1, 5].

**Метою** нашого дослідження було визначити прихильність до лікування пацієнтів із БА та ХОЗЛ.

**Матеріали та методи.** У дослідження увійшло 52 пацієнти віком від 18 до 50 років з атопічною бронхіальною астмою та хронічним обструктивним захворюванням легень. Усіх хворих було поділено на дві групи. До першої (БА) групи увійшли 27 пацієнтів із бронхіальною астмою (персистуючою), які отримували базисне медикаментозне лікування (комбінацію інгаляційного кортикостероїда та β-агоніста тривалої дії). Друга група (ХОЗЛ) включала 25 пацієнтів із хронічним обструктивним захворюванням легень, які отримували базисне медикаментозне лікування (група А та В — β-агоніста тривалої дії, група Е — комбінацію інгаляційного кортикостероїда та β-агоніста тривалої дії).

Спостереження за пацієнтами тривало впродовж 6 місяців і включало 3 візити: включення в дослідження, через 3 та 6 місяців. Діагнози «бронхіальна астма» та «хронічне обструктивне захворювання легень» були встановлені відповідно до національних протоколів діагностики й лікування. Ефективність лікування оцінювали за результатами спірометричних показників (ОФV<sub>1</sub> та пікова об'ємна швидкість видиху (ПОШ<sub>вид</sub>)), шкали диспное mMRC (Modified Medical Research Council) для оцінки важкості диспное в пацієнтів із ХОЗЛ, опитувальника прихильності до лікування (опитувальник D. Morisky). На кожному візиті проводили індивідуальні бесіди з пацієнтом, пояснюючи особливості захворювання, необхідність тривалого лікування, можливі побічні ефекти препаратів та алгоритм дій у разі їх виникнення. Особливу увагу приділяли правильному використанню різних доставкових пристроїв. Окрім того, визначали можливі фактори поганої прихильності й враховували їх у подальших схемах лікування.

Для визначення рівня важкості перебігу БА чи ХОЗЛ можна використовувати шкалу оцінки рівня задишки Medical Research Council (MRC) [6].

Задишка є найбільш важким симптомом ХОЗЛ та БА, а ступінь задишки є важливим фактором у сприйнятті пацієнтом хвороби. Тому оцінку ефективності лікування та стану загострення ми визначали за допомогою опитувальника MRC. Анкета містить 5 тверджень, що описують майже весь спектр дихальної недостатності — від її відсутності (1-й клас) до майже повної втрати працездатності (5-й клас). Кожне твердження оцінюється за шкалою від 0 до 4 балів. Пацієнт, прочитавши усі запитання, повинен вибрати одне, що найбільше відповідає його ступеню задишки (табл. 2). Оцінка — це число, яке найкраще відповідає рівню активності пацієнта. Усі запитання стосуються повсякденної діяльності і, як правило, легко сприймаються пацієнтами. Зазвичай оцінку можна отримати за кілька секунд.

Для визначення прихильності до лікування ми використовували спеціально розроблений, зручний у використанні опитувальник D. Morisky.

Таблиця 2. Твердження для проведення MRC

Твердження	Бали	Ступінь важкості задишки
Не турбує задишка, за винятком виснажливих фізичних навантажень	0 балів	середній
Задишка під час поспіху на рівній поверхні або ходьба на невеликий пагорб	1 бал	помірний
Ходить повільніше, ніж більшість людей по рівнині, зупиняється через 500 метрів чи близько того або зупиняється через 15 хвилин ходьби у власному темпі	2 бали	помірний
Зупинки для дихання після прогулянки близько 100 ярдів через кілька хвилин на рівній землі	3 бали	важкий
Занадто задиханий, щоб вийти з дому, або задихався при переодяганні	4 бали	важкий

Даний тест дозволяє не лише оцінити дотримання лікарських рекомендацій, але й проаналізувати ставлення пацієнта до свого захворювання, його настрій, віру в успішність лікування [7].

Прихильність до лікування ми визначали за допомогою анкети опитування, яка включала 7 запитань, на які пацієнт повинен був відповісти самостійно, а саме: Чи маєте ви сумніви в потребі тривалого застосування ліків для лікування вашої хвороби? Чи забуваєте ви інколи прийняти призначені вам ліки? Люди інколи не приймають ліки з іншої причини, аніж забуття. Пригадайте, чи протягом останніх двох тижнів був хоча б один день, коли ви не приймали ліки? Чи ви будь-коли призупиняли прийом ліків у зв'язку з побічними їх діями, без попередньої консультації з лікарем? Чи бувають випадки, коли ви йдете з дому або подорожуєте і забуваєте взяти ліки із собою? Чи маєте ви проблеми з використанням інгаляторів? Чи ви інколи сумніваєтеся в правильності обраної стратегії лікування?

Відповіді на запитання давалися у форматі «так/ні». Позитивна відповідь свідчила про наявність у пацієнта проблем із виконанням лікарських рекомендацій. За кожне «ні» пацієнт отримував 0 балів, а за кожне «так» — 1 бал. Високою вважа-

ли прихильність до лікування в пацієнтів, які отримували менше 4 балів, середньою — 6-4 бали, низькою — 7 балів

На кожному візиті ми проводили індивідуальні бесіди щодо необхідності тривалого застосування препаратів, обговорювали можливі побічні дії та перевіряли техніку використання інгаляторних пристроїв.

**Результати.** Середній вік обстежених у групі БА становив 32,6 року, у групі пацієнтів із ХОЗЛ — 44,1 року. В обох групах переважали чоловіки.

Усім пацієнтам було проведено комп'ютерну спірометрію з визначенням основних показників (ОФВ<sub>1</sub>, ПОШ<sub>вид.</sub>, індекс Генслера, життєва ємність легень), а також виконано бронхолітичний тест. На першому візиті середні показники ОФВ<sub>1</sub> в обох групах достовірно не відрізнялися: (68,4±0,8)% та (72,6±0,7)% (p>0,05). Через 3 місяці ОФВ<sub>1</sub> підвищився і в групі БА до 84,9±0,7%, і в групі ХОЗЛ до 76,1±0,7% (p>0,05).

### Результати MRC

На першому візиті в групі ХОЗЛ лише троє пацієнтів оцінили важкість своєї задишки як середню, а через шість місяців лікування таких пацієнтів було шестеро. Натомість на першому візиті 15 пацієнтів оцінювали свій стан як важкий, а через шість місяців кількість таких пацієнтів зменшилася до семи. У групі пацієнтів БА на першому візиті 5 пацієнтів оцінювали свою задишку як незначну, а 12 — як важку. Через 6 місяців вісім пацієнтів оцінили задишку як незначну, і тільки двоє пацієнтів оцінили задишку як важку (рис. 1-4).

Оцінюючи результати отриманих результатів, ми бачимо, що в більшості пацієнтів симптоми задишки зменшилися в обох групах. Однак і в групі ХОЗЛ, і в групі БА були пацієнти, які через 6 місяців спостереження оцінювали свою задишку як важку. У чому полягає причина неефективності лікування? Двоє пацієнтів із групи ХОЗЛ та один пацієнт із групи БА зізналися, що перестали приймати інгаляційні препарати після зменшення задишки, а в подальшому приймали нерегулярно. Троє пацієнтів із групи ХОЗЛ самостійно змінили дозування препарату, не порадившись із лікарем. Один пацієнт не приймав ліки через можливі ускладнення.

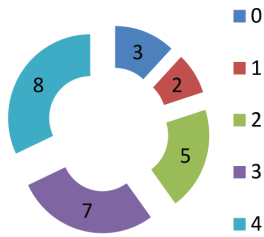


Рис. 1. Група пацієнтів із ХОЗЛ на першому візиті

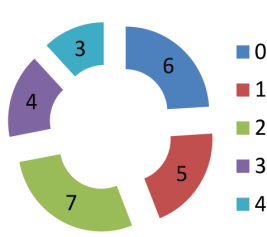


Рис. 2. Група пацієнтів із ХОЗЛ через 6 місяців

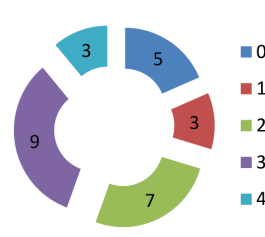


Рис. 3. Група пацієнтів із БА на першому візиті

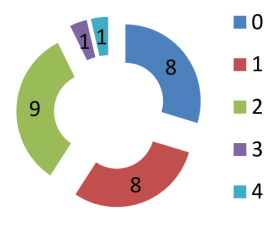


Рис. 4. Група пацієнтів із БА через 6 місяців

### Прихильність до лікування

Крім цього, ми вивчали прихильність пацієнтів до лікування. Оцінюючи результати тесту, ми зауважили, що пацієнти старшого віку мали труднощі із використанням інгалятора й підвищеною настороженістю щодо тривалості лікування та взаємодії з іншими препаратами, які вони приймають для лікування супутньої патології. Пацієнти молодшого віку досить часто забували приймати ліки, особливо коли не було симптомів. На початку дослідження прихильність до лікування була низькою в обох групах ( $3,2 \pm 0,3$  бала в БА та  $3,3 \pm 0,2$  бала в ХОЗЛ,  $p > 0,05$ ). Через три місяці в обох групах практично однаково зросла прихильність пацієнтів до лікування ( $4,1 \pm 0,1$  бала та  $4,0 \pm 0,1$  бала,  $p > 0,05$ ). Зростання показника прихильності відмічалось в обох групах і через шість місяців ( $4,5 \pm 0,1$  бала проти  $4,2 \pm 0,3$  бала,  $p < 0,05$ ).

Під час консультації пацієнта ми достатньо багато часу на першому візиті приділяли поясненню сутності його хвороби та симптомів загострення. Ми обов'язково розповідали хворому про особливості використання того чи іншого інгалятора, побічні явища, які можуть виникнути під час лікування, і як потрібно діяти в таких випадках. Окрім цього, з'ясовували, який спосіб життя веде пацієнт, і пояснювали потребу його модифікації (припинення тютюнопаління, активний рух і виконання фізичних вправ, дотримання умов гіпоалергенного побуту тощо). Під час освітньої роботи з пацієнтом ми оцінювали його психологічний стан і ставлення до хвороби (впевненість і позитивний настрій, віра в успішність лікування, довіра до лікаря), розуміння й сприйняття ним поняття контролю БА. Аналізуючи чинники, які впливали на прихильність до лікування, ми звертали увагу на те, що пацієнти відчувають страх перед схемами з тривалим прийомом інгаляційних глюкокортикоїдів, оскільки вважають, що це пожиттєва терапія і їм доведеться все життя приймати ліки. Інформацію про хворобу та побічні дії препаратів переважно шукали в інтернеті.

### Дискусія

Хоча сьогодні існує багато препаратів для лікування бронхіальної астми та хронічного обструктивного захворювання легень, у частини

хворих не вдається досягти контролю над астмою. Контрольованою вважається бронхіальна астма в тому разі, якщо її симптоми не впливають на звичний ритм життя пацієнта, не будять його вночі, не заважають виконувати певний необхідний обсяг роботи. Для досягнення повного контролю над хворобою необхідне обстеження пацієнта та призначення ефективного лікування, а також виключення супутньої патології.

Важливим компонентом ефективної терапії є прихильність пацієнта до лікування. Причини поганої прихильності можна поділити на дві основні групи. Перша група пов'язана з прийомом препаратів (труднощі з інгаляторними пристроями, складні схеми лікування, побічні ефекти та вартість ліків, віддаленість аптек) [14]. Оскільки БА та ХОЗЛ — це хронічні захворювання, то пацієнти повинні постійно або тривало приймати певні групи препаратів (інгаляційні глюкокортикоїди, бронходилататори, антилейкотрієнові препарати), що створює певний дискомфорт. Другою великою проблемою є недовіра до лікаря або поганий контакт із ним. Призначаючи складні схеми терапії, не пояснюючи достатньою мірою переваги та побічні ефекти призначених ліків, не звертаючи увагу на вартість препаратів, стиль життя, у хворих зменшується довіра до лікаря й призначеного лікування, що призводить до зниження прихильності. Це, у свою чергу, призводить до порушення схем лікування, самовільного зменшення дозування чи кратності прийому ліків, а в подальшому й до зниження ефективності лікування. Просте дозування (одна таблетка чи одна інгаляція на день) допомагає досягти кращої прихильності.

Окрім контролю прихильності до лікування, важливо визначити фактори, які впливають на «неприхильність» пацієнтів до лікування. Одними з основних причин є психологічні проблеми (депресія), побічні ефекти ліків, зменшення або повна відсутність симптомів захворювання, нерозуміння пацієнтом сутності хвороби, відсутність віри в ефект лікування, недовіра медичним працівникам, вартість лікування та труднощі в доборанні до медичного закладу.

Для того, щоб покращити прихильність, потрібно проводити індивідуальні бесіди, під час яких акцентувати увагу на причинах та особливостях

хронічних хвороб, потребі тривалого лікування й можливих ускладненнях хвороби при недотриманні адекватних схем терапії, розповідати про можливі побічні реакції, які можуть виникнути в процесі лікування, та як діяти в таких ситуаціях. Обов'язково потрібно враховувати вікові особливості пацієнта та його стиль життя.

**Висновки.** Поліпшення прихильності хворих до лікування може привести до покращення контролю астми та якості життя. Пацієнти з бронхіальною астмою при правильному та своєчасному лікуванні можуть вести звичний спосіб життя, не відчуваючи щоденних симптомів захворювання.

### Список використаної літератури

1. Nguyen Thang, Truong Mai Thi Xuan, Lam Dung Ngoc, Nguyen Huong Thi Thu, Huynh Anh Mai, Duong Vy Khanh. Effectiveness of clinical pharmacist intervention on medication adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease – A randomized controlled study. *Patient Educ Couns.* 2024 Jan;118:108037. doi: 10.1016/j.pec.2023.108037
2. Leving MT, Bosnic-Anticevich S, van Cooten J, Correia de Sousa J, Cvetkovski B, Dekhuijzen R. Clinical recommendations for dry powder inhaler use in the management of COPD in primary care. *NPJ Prim Care Respir Med.* 2022 Dec 27;32(1):59. doi: 10.1038/s41533-022-00318-3
3. Yorke Janelle, Khan Naimat, Garrow Adam, Tyson Sarah, Singh Dave et al. Evaluation of the Individual Activity Descriptors of the mMRC Breathlessness Scale: A Mixed Method Study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2022 Sep 15;17:2289-2299. doi: 10.2147/COPD.S372318. eCollection 2022
4. Zhou Jin, Yang Xuhao, Zhou Jiaqing, Xiong Maoyu, Wen Li. Efficacy of medical education combined with extended care on adherence to inhaled glucocorticoids and clinical effects in patients with bronchial asthma. *J Asthma.* 2024 Oct 17:1-8. doi: 10.1080/02770903.2024.2410423
5. Živanović Dejan, Javorac Jovan, Savić Dejana, Mikić Andrijana, Jevtić Marija, Ilić Miroslav, Kolarov Violeta et al. Adherence, Disease Control, and Misconceptions Related to the Use of Inhalation Therapy in Patients with Obstructive Pulmonary Diseases: A Cross-Sectional Study. *Medicina (Kaunas).* 2024 May;23;60(6):853. doi: 10.3390/medicina60060853
6. Bestall JC, Paul EA, Garrod R, Garnham R, Jones PW, Wedzicha JA. Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax.* 1999 Jul;54(7):581-6. doi: 10.1136/thx.54.7.581
7. Świątoniowska Natalia, Chabowski Mariusz, Polański Jacek, Mazur Grzegorz, Jankowska-Polańska Beata. Adherence to Therapy in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review. *Adv Exp Med Biol.* 2020;1271:37-47. doi: 10.1007/5584\_2019\_477

### CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND ADHERENCE TO TREATMENT

**O.M. Besh, O.S. Romanyshyn, O.O. Sorokopud, O.R. Slaba, V.V. Zenin**

**Abstract.** Chronic obstructive pulmonary diseases are among the most common in the world. Bronchial asthma (BA) and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) limit our patients' ability to work, reduce their ability to work, and require considerable financial costs. However, today we have the opportunity to help these patients by prescribing affordable and effective medications. However, some patients fail to achieve disease control. A common reason for this is poor adherence to treatment.

**The aim of the study:** to determine adherence to treatment and its impact on the course of the disease

**Materials and methods.** The study included 52 patients with bronchial asthma and chronic obstructive pulmonary disease. The severity of the disease was determined using the Moderate Dyspnea Rating Scale (MRC) and spirometric parameters. Adherence to treatment was assessed using a 7-question questionnaire.

**Results.** The test results were evaluated at the first visit, 3 and 6 months after the start of treatment. After 6 months, the mean MRC scores improved in both groups, but in the asthma group, the number of patients who rated their dyspnea as severe was significantly lower (7 patients in the COPD group and 2 patients in the asthma group). Adherence to treatment was not significantly different in both groups (4.5±0.1 points vs. 4.2±0.3 points, p<0.05). The main factors affecting adherence are the price of the drug, the duration of use, and possible side effects.

**Keywords:** bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease, adherence to treatment.

**Для цитування:** Беш ОМ, Романишин ОС, Сорокопуд ОО, Слаба ОР, Зенін ВВ. Хронічні обструктивні захворювання легень та прихильність до лікування. *Практикуючий лікар*, 2025, №1, с. 56-61. DOI: 10.31793/2413-5461.2025.14-1.56.

**Адреса для листування:** Беш Олеся Михайлівна, besh.olesay@gmail.com; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, Львів, 79000. Романишин Оксана Станіславівна, Університетська клініка філія Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, вул. Огієнка, 5, Львів. Сорокопуд Олена Олександрівна, osorokopud@gmail.com; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, Львів, 79000. Слаба Оксана Романівна, oksanaslaba24@gmail.com; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, Львів, 79000. Зенін Вадим Вадимович, zenivadim@gmail.com; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 57б, Львів, 79016, Україна.

**Відомості про авторів:** Беш Олеся Михайлівна, кандидатка медичних наук, доцентка кафедри внутрішньої медицини № 2 Львівського національного медичного університету

імені Данила Галицького, <https://orcid.org/0000-0003-3349-1291>. Романишин Оксана Станіславівна, завідувачка терапевтичного відділення Університетської клініки філії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Сорокопуд Олена Олександрівна, кандидатка медичних наук, доцентка кафедри внутрішньої медицини № 2 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, <https://orcid.org/0000-0002-3974-0087>. Слаба Оксана Романівна, кандидатка медичних наук, доцентка кафедри внутрішньої медицини № 2 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, <https://orcid.org/0000-0003-4566-7178>. Зенін Вадим Вадимович, канд. мед. наук, асистент кафедри внутрішньої медицини № 2 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, <https://orcid.org/0000-0002-4377-452X>.

**Особистий внесок:** Беш О.М. — збір інформації, написання статті. Романишин О.С. — збір та обробка інформації. Сорокопуд О.О. — генераторка ідеї, інтерпретація даних. Слаба О.Р. — статистична обробка отриманих результатів обстеження. Зенін В.В. — збір інформації, проведення функціонального обстеження.

**Фінансування:** Стаття фінансується за власні кошти.

**Декларація:** Автори задекларували відсутність конфлікту інтересів і фінансових зобов'язань.

**Проходження статті:** Надійшла до редакції 03.02.2025 р., прийнята на друкування 10.02.2025 р., надрукована 31.03.2025 р.

**For citation:** Besh OM, Romanyshyn OS, Sorokopud OO, Slaba OR, Zenin VV. Chronic obstructive pulmonary disease and adherence to treatment. *The Practitioner*, 2025, №1, p. 56-61. DOI: 10.31793/2413-5461.2025.14-1.56.

**Address for correspondence:** Besh Olesya, besh.olesay@gmail.com; Danylo Halytskyi Lviv National Medical University, 69 Pekarska Str., Lviv, 79000. Romanyshyn Oksana, University Clinic, Branch of Danylo Halytskyi Lviv National Medical University, 5 Ogienka Str., Lviv, Ukraine. Sorokopud Olena, osorokopud@gmail.com; Danylo Halytskyi Lviv National Medical University, 69 Pekarska St., Lviv, 79000. Slaba Oksana, oksanaslaba24@gmail.com; Danylo Halytskyi Lviv National Medical University, 69 Pekarska Str., Lviv, 79000. Zenin Vadym, zenvadim@gmail.com; Danylo Halytskyi Lviv National Medical University; 57b Pekarska St., Lviv, 79016, Ukraine.

**Information about the authors:** Besh Olesia, PhD, Associate Professor of the Department of Internal Medicine #2, Danylo

Halytskyi Lviv National Medical University, <https://orcid.org/0000-0003-3349-1291>. Romanyshyn Oksana, Head of the Therapeutic Department of the University Clinic of the Danylo Halytsky Lviv National Medical University Branch. Sorokopud Olena, PhD in Medicine, Associate Professor of the Department of Internal Medicine #2, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, <https://orcid.org/0000-0002-3974-0087>. Slaba Oksana, PhD, Associate Professor, Department of Internal Medicine #2, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, <https://orcid.org/0000-0003-4566-7178>. Zenin Vadym, MD, PhD, Assistant Professor, Danylo Halytskyi Lviv National Medical University; Department of Internal Medicine #2, <https://orcid.org/0000-0002-4377-452X>.

**Personal contribution:** Besh O — information gathering, writing the article. Romanyshyn O — data collection and processing. Sorokopud O — idea generator, data interpretation. Slaba O — statistical processing of the survey results. Zenin Vadym — data collection, functional examination.

**Funding:** No sources of funding.

**Declaration of Ethics:** No conflict of interest.

**Article:** Received 03.02.2025, accepted 10.02.2025, published 31.03.2025.