

УДК 616.37-003.4-053.2-07+616-056.7

*Н.В. Роговик<sup>1,2</sup>, А.Б. Зіменковський<sup>1</sup>, Ю.С. Коржинський<sup>1</sup>, Л.Й. Бобер<sup>2</sup>, О.Т. Девіняк<sup>1,3</sup>***ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛАЄНСУ В СИСТЕМІ ЛІКАР – БАТЬКИ – ПАЦІЄНТ  
У ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА МУКОВІСЦИДОЗ  
ПОВІДОМЛЕННЯ I***Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького<sup>1</sup>,  
м. Львів, Україна**Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр<sup>2</sup>,  
м. Львів, Україна**Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»<sup>3</sup>,  
м. Ужгород, Україна*

e-mail: nataliya.rohovyk@gmail.com

**Резюме:** Вивчення різноманітних аспектів взаємодії лікар – батьки – пацієнт – одна з найактуальніших проблем педіатрії, особливо при хронічних захворюваннях. Муковісцидоз – генетичне захворювання, перебіг якого є важким, а прогноз несприятливим. Ураження багатьох органів вимагає ретельної співпраці батьків і хворої дитини з лікарем, застосування полімедикаментозної терапії та постійного виконання фізіотерапевтичних процедур з метою покращення якості та тривалості життя. Позитивний комплаєнс пацієнта з лікарем є однією із запорок успіху лікування. Всебічна оцінка комплаєнсу дозволяє оцінити обізнаність батьків щодо недуги, виявити причини, що перешкоджають співпраці та усунути їх на шляху до ефективної терапії.

**Ключові слова:** комплаєнс, муковісцидоз, фізіотерапія, вітаміни, панкреатичні ферменти.

**Вступ.** Муковісцидоз (МВ) – найпоширеніше генетичне захворювання, яке характеризується ураженням екзокринних залоз життєво важливих органів. Його перебіг є важким, а прогноз – несприятливим. Ранніми проявами хвороби є симптоми, що свідчать про розвиток патології дихальної та травної систем, які можна діагностувати вже на перших місяцях життя дитини. У розвинених країнах середня тривалість життя пацієнта з МВ становить близько 35-37 років, в Україні – 12-14 років. Рання хронізація патології зумовлює постійне застосування полімедикаментозної терапії, фізіотерапії, реабілітації та активне диспансерне спостереження. Гіподіагностика, проблеми моніторингу, висока вартість життєво необхідних лікарських засобів (ЛЗ) призводять до низької контрольованості перебігу захворювання. Тому для успішного лікування МВ важливим є комплаєнс-співпраця лікаря з хворим та його родиною<sup>1,3,4</sup>.

Дані низки європейських досліджень вказують на те, що пацієнти з МВ виконують рекомендації лікарів у 30-70%, що є подібним до лікування інших хронічних нозологій<sup>5</sup>. До

факторів, які впливають на комплаєнс лікар – пацієнт належать: демографічні (стать, вік, сімейний стан, чисельність сім'ї, родичі, які хворіють на те ж захворювання, соціоекономічний статус родини, професія) та клінічні (вік встановлення діагнозу, ступінь важкості захворювання), терапевтичні (необхідна кількість амбулаторних та стаціонарних курсів лікування, фармакологічна група ЛЗ, кількість ЛЗ, їх лікова форма)<sup>2</sup>. Окрім того, на виконання рекомендацій значно впливає обізнаність пацієнтів щодо захворювання, на яке вони страждають. Нерегулярні курси лікування при МВ призводять до погіршення стану здоров'я. Важливим і першочерговим аспектом успішного лікування є детальне поінформування батьків та дитини про хворобу, її вплив на організм і пояснення необхідності застосування тих чи інших лікувальних заходів. За даними доступних інформаційних потоків<sup>4</sup>, діти, хворі на МВ, та їх батьки порізному ставляться до терапевтичних режимів хвороби: розуміння доцільності з приводу фізіотерапії становило 40-60%; застосування вітамінів – приблизно 50%; ферментотерапії – 65-95%; антибіотиків – 70-90%. І загалом

прихильність до лікування дітей з МВ становила 50%.

**Мета дослідження.** Оцінити різні аспекти лікарського комплаєнсу щодо батьків дітей, хворих на МВ, його залежність від соціально-демографічних факторів та їх взаємозв'язок.

**Матеріали та методи дослідження.** Дослідження проводилось на базі центру надання медичної допомоги (МД) дітям хворим на МВ у Західноукраїнському спеціалізованому дитячому медичному центрі. Загалом проведено опитування 58 батьків, діти яких хворіють на МВ. Опитування проводилось методом інтерв'ювання з використанням анкети, яка включала 31 запитання, за єдиним спеціальним розробленим протоколом, що розподілялись на блоки: паспортна частина, фізіотерапія, панкреатичні ферменти, вітаміни та загальні питання з терапії.

Статистичний аналіз результатів анкетування проводився у середовищі для статистичних обчислень R 3.0.1<sup>9</sup>. Рівень статистичної значимості  $\alpha$  у даному дослідженні був прийнятий 0,01. Для пошуку можливих взаємозв'язків між відповідями опитуваних на різні питання анкети використовували точний критерій *Фішера*. Цьому критерію була надана перевага відносно критерію  $\chi^2$ -квдрат, оскільки значна кількість категорій у таблицях спряженості характеризувалась числом спостережень  $<5$  (більше того, досить часто – 0). При цьому вік опитуваних був поділений на інтервали від 20 до 30 років, від 30 до 40 років та старші 40 років, а час спостереження – на інтервали до 5 років, від 5 до 10 років та понад 10 років. Вибір границь інтервалів ґрунтувався на компромісі між рівними розмірами інтервалів та репрезентативністю створених груп. Для обчислення кореляційних коефіцієнтів вік та час спостереження застосовувались у незмінному вигляді.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Вік опитуваних батьків становив  $34,44 \pm 6,77$  років (середнє  $\pm$  стандартне відхилення). Серед них 30 мешканців міста і 28 жителів сільської місцевості; 26 опитуваних мали вищу освіту, 4 – незакінчену вищу, а 28 – середню або середню спеціальну. Тривалість спостереження дітей у центрі надання МД хворим на МВ становила  $5,73 \pm 4,26$  роки. Перебіг хвороби вважали важким 8 (14%) батьків, середньої важкості – 44 (76%) і легким – 6 (10%) батьків. Регулярними (згідно рекомендацій) свої звернення до Львівського центру МВ вважали 48 (83%) батьків, а нерегулярними – 10 (17%). Частота госпіталізації 0-1 рази на рік була у 22 (39%) дітей, 2 рази

на рік – у 28 (49%) дітей, 3 рази і більше – у 7 (12%) дітей. Один із батьків не відповів на це запитання, оскільки тривалість перебування на обліку його дитини становила лише 2 місяці. Частота амбулаторних оглядів 0-1 на рік була зазначена у 3 (5%) дітей, 2 рази на рік – 17 (30%), а 3 рази на рік і більше – 37 (65%).

Дренажний масаж та інгаляції при МВ є одними з найважливіших лікувальних процедур, оскільки ураження дихальної системи визначає тривалість і якість життя пацієнта. Тому, фізіотерапія повинна виконуватись щоденно, незалежно від загального самопочуття хворого 1-2 рази на день, а іноді й частіше, в залежності від ступеня важкості перебігу захворювання<sup>7</sup>. Результати анкетування виявили, що фізіотерапію виконують при поганому самопочутті 3 (5%) дітей, ще 3 (5%) дітей часто пропускають 1 чи 2 дні фізіотерапії, 15 (26%) зазвичай пропускають 1 чи 2 дні фізіотерапії, 37 (64%) виконують процедури 1 чи 2 рази на день, щоденно. Щодо виконання фізіотерапії за потребою (2%) батько вважає, що дитина виконує 0-25% від потреби, 5 (9%) – 25-50%, 28 (48%) – 50-75%, і 24 (41%) – 75-100% від потреби; 35 (60%) опитаних батьків вважають, що дитина виконує фізіотерапію достатньо, 20 (35%) – недостатньо, і 3 (5%) вагаються із відповіддю (відповіли «я не знаю»). Окрім виконання фізіотерапії, дитина з МВ повинна мати добре розвинуту мускулатуру, що сприятиме боротьбі з хронічною патологією і тому, за рекомендаціями лікаря, повинна займатись фізкультурою. Наднормовою фізичну активність своєї дитини вважають 2 (3%) батьків, достатньою – 36 (62%), недостатньою – 17 (29%), і 3 (5%) вагаються щодо відповіді.

Цікавим, на нашу думку, є взаємний розподіл відповідей на тісно пов'язані питання щодо частки виконання фізіотерапії відносно потреби і суб'єктивної оцінки достатності виконуваної фізіотерапії. Зокрема, при виконанні 50-75% фізіотерапії від потреби, 12 осіб вважають це достатнім, а 13 – недостатнім. Ще троє не визначились щодо того, чи є вказана частка достатньою чи ні. Крім того, троє вважають при частці 75-100%, що досі виконання не є достатнім. На думку цих трьох батьків, перебіг хвороби їх дитини є середньої важкості, однак, за оцінкою лікаря – двоє з цих дітей мають важкий перебіг і один – середній. Тобто, двоє батьків при спостереженні ними клінічних симптомів хвороби пояснюють це не важким її перебігом і недостатньою фізіотерапією (хоча вони зазначили, що фізіотерапія виконується щоденно 1-2 ра-

зи), що може свідчити про те, що у них є дуже сильний позитивний комплаєнс (табл.1).

Таблиця 1. Відсоток виконання фізіотерапії дитиною відносно потреби

Відповіді батьків (%)	0-25	25-50	50-75	75-100
недостатньо	1	4	12	3
достатньо	0	1	13	21
не знаю	0	0	3	0

Необхідність в ензимотерапії у хворих на МВ зумовлена зовнішньосекреторною недостатністю підшлункової залози і є життєво необхідною. Застосування панкреатичних ферментів має бути постійним та регулярним і здійснюється перед або під час вживання їжі щоденно<sup>6</sup>. За результатами нашого дослідження завжди вживають ферменти з основними прийомами їжі 55 (95%) дітей, а 3 (5%) – у більшості випадків. До їжі приймають ферменти 42 (73%) дітей, під час їжі – 14 (24%), під кінець їжі – 2 (3%). При додатковому вживанні їжі ЛЗ у більшості випадків вживає 31 (53%) дитина, завжди – 18 (31%) дітей, періодично – 8 (14%) дітей і ніколи не вживає одна дитина (2%). На запитання «Чому на Вашу думку дитина погано прибуває в масі тіла?» у 6 осіб відповідь була взагалі відсутня. Думки інших розділились наступним чином: 30 (58%) – вважають, що так перебігає захворювання, 13 (25%) – поганий апетит, 7 (13%) переконані, що динаміка маси тіла в дитини нормальна, 1 (2%) вважають, що причиною є недостатнє приймання ферментів, і 1 (2%) стверджує, що не знає відповіді.

Ознакою недостатнього приймання ферментних ЛЗ є поява жирних включень у калі. Стеаторею рідко спостерігали у своїх дітей 28 (48%) батьків, не спостерігали таких випорожнень – 19 (33%), періодично спостерігали – 10 (17%) батьків і часто спостерігали в 1 (2%) випадку.

На запитання щодо частоти приймання вітамінів, отримано наступні відповіді: 39 (67%) дітей приймають їх постійно, 17 (30%) – часто, і 2 (3%) – рідко; 38 (66%) – підтвердили, що приймають вітаміни постійно, 13 (23%) – причиною не приймання вітамінів вказали, що просто забули, 5 (9%) – відсутність рекомендації лікаря щодо приймання вітамінів, 1 (2%) батько вказав як причину – надмірне застосування інших медикаментів, і окрім того, один респондент не дав відповіді на це запитання взагалі. Достатнє приймання вітамінів дитиною вважають 37 (64%), батьків, 14 (24%) – не знають відповіді на це

запитання і 7 (12%) вказали, що воно є недостатнім. На питання, чи позитивно впливає вітамінотерапія на здоров'я дитини, 48 (83%) – дали ствердну відповідь, 7 (12%) батьків не знають і 3 (5%) батьків відповіли, що лише частково.

На запитання як часто дитина вживає ЛЗ, що не призначались лікарем, 39 (67%) – відповіли, що ніколи, 16 (28%) – рідко, 2 (3%) – періодично і 1 (2%) батько відповів, що часто; 39 (67%) батьків відповіли, що завжди виконують призначення лікаря, а 19 (33%) – майже завжди. Недостатня ефективність лікування, на думку 26 (53%) батьків пов'язана із неспроможністю придбати необхідні медикаменти, у 11 (23%) випадках – із неправильним виконанням рекомендацій лікаря, 9 (18%) вважають лікування достатньо ефективним і ще 9 батьків не відповіли на це запитання взагалі, у одного (2%) з батьків – з неправильним призначенням медикаментів лікарем, один (2%) вважає таким перебіг хвороби і один (2%) батько відповів, що не знає причини. Причиною загострення бронхіту у дитини 41 (77%) особа переконана, що це особливість перебігу хвороби, 11 (21%) батьків вважає недотримання рекомендацій лікаря, 7 (21%) батьків не дали відповіді і 1 (2%) – вказав, що у його дитини не буває загострень. На запитання як часто батьки (або їх діти) забувають про приймання медикаментів, 31 (54%) батьків відповіли, що рідко, 25 (43%) – ніколи 2 (3%) зазначили, що періодично. Причину недотримання рекомендацій лікаря 20 (37%) батьків відповіли, що вони дотримуються їх виконання, 16 (30%) пояснює це високою вартістю медикаментів, 13 (24%) – великою кількістю ліків, 5 (9%) – складністю приймання ЛЗ, а 4 (9%) – не дали відповіді взагалі. На запитання «Чи забуваєте Ви коли-небудь дати дитині ЛЗ або чи Ваша дитина забуває коли-небудь прийняти ЛЗ?», 33 (57%) батьків відповіли, що рідко, 24 (41%) – що не забувають про приймання ліків і 1 (2%) – що періодично забуває. Рідко неухважність до застосування ЛЗ проявляє 32 (55%) батьків, 24 (41%) – не бувають неухважними, а часто неухважний 1 (2%) батько і ще 1 (2%) – періодично неухважний. Коли почувуються незадовільно, то не пропускають приймання медикаментів 43 (74%) дітей, рідко пропускають – 13 (23%), періодично пропускають – 2 (3%). Твердження, що курси лікування заважають розвитку дитини, вважають зовсім неправильним 49 (85%) батьків, правильним – 6 (10%), частково правильним – 3 (5%). Завжди задоволені призначеним лікуванням 34 (59%) батьків, майже завжди

задоволені – 20 (34%), інколи задоволені – 3 (5%) батьків і не задоволені – 1 (2%) батько.

За європейськими нормами пацієнт із МВ потребує проведення окрім усіх обов'язкових щеплень, ще й додаткових, наприклад щорічної вакцинації проти грипу, про що завжди інформуються батьки<sup>10</sup>. За результатами нашого опитування 35 (60%) батьків переконані, що щеплення необхідні їх дитині, 16 (28%) вважають, що їх дитина потребує вакцинації, але не у повному обсязі, 7 (12%) – зазначають, що їх дитина не потребує профілактичних щеплень. На запитання чи потребує їх дитина вакцинації проти вірусу грипу, 29 (50%) батьків вважають, що потребує, 20 (34%) відповіли, що інколи потребує, а 9 (16%) вказали, що не потребує.

Жодний пункт паспортної частини не пов'язаний із лікарською оцінкою комплаєнсу і статистичною значущістю, доволі близько

до межі підібрались кореляції між місцем проживання та рівнем комплаєнсу, а також час спостереження та рівнем комплаєнсу.

Для зв'язку між місцем проживання та оцінкою комплаєнсу був обчислений поліхорний кореляційний коефіцієнт<sup>8</sup>, який становив  $\phi=0,426$ ,  $p=0,01278$ . Зокрема, низький комплаєнс серед міських жителів трапляється значно рідше, ніж у жителів сільської місцевості. Крім того, чим довшим період спостереження, тим менший комплаєнс можна спостерігати. У той же час, із віком батьків статистично значуще пов'язана частота пропуску приймання ліків ( $\phi=-0,516$ ,  $p=0,0004$ ). Від'ємний знак поліхорного кореляційного коефіцієнта свідчить, що зі збільшенням віку батьків частка тих дітей, які ніколи не пропускають приймання ліків, зменшується (рис. 1.).

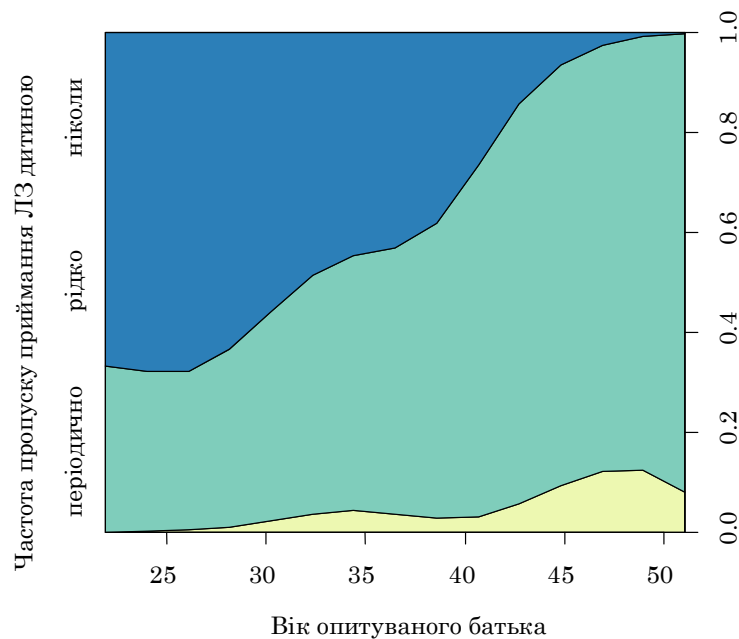


Рис. 1. Залежність частоти пропуску приймання ЛЗ від віку батьків

Цікаво, на нашу думку, що задоволення призначеним лікуванням виявилось пов'язане з освітою респондентів ( $\phi=0,423$ ,  $p=0,00019$ ). Зокрема, завжди задоволені призначеним лікуванням 82% осіб із середньою освітою, однак лише 38% батьків з вищою освітою задоволені завжди, а 58% – задоволені майже завжди. Тривалість спостереження в центрі МВ, в свою чергу, має вплив на виконання призначень (кореляційний коефіцієнт Пірсона  $r=0,482$ ,  $p_{\text{Пірсона}}=0,00012$ ,  $p_{\text{Фішера}}=0,00767$ ). Зокрема, при тривалості спостереження до 1-2 років майже всі батьки завжди виконують призначення лікаря, тоді як із зростанням тривалості спостережень все

більша частка респондентів переходить до варіанту «майже завжди» (рис. 2.).

Оцінка батьками перебігу хвороби також статистично значуще ( $p=0,00404$ ), однак слабо ( $\phi=0,263$ ), корелює із відповіддю на запитання «Що є причиною загострення бронхіту у Вашої дитини?». Зокрема, більшість батьків, які вважають перебіг хвороби легким, причиною загострення бронхіту називають недотримання рекомендацій лікаря, крім того, один із батьків зазначив, що в його дитини бронхіту не було. В той же час, при перебігу хвороби середньої важкості або важкому значна частка вважає загострення бронхіту однією із клінічних маніфестацій МВ.

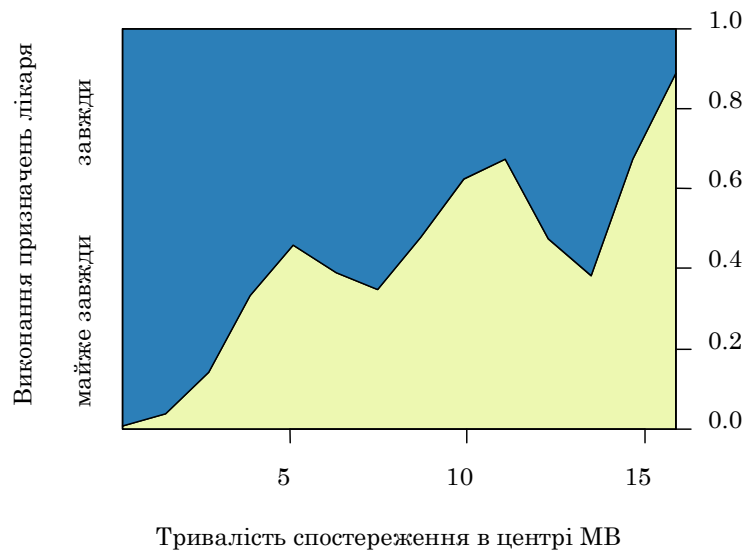


Рис. 2. Залежність виконання призначень лікаря від тривалості спостереження у центрі МВ

Частота виконання фізіотерапії статистично значуще пов'язана із відсотком фізіотерапії від потреби ( $\phi=0,604$ ,  $p=0,00048$ ), адже,

чим частіше дитина отримує фізіотерапію, тим вищу оцінку надають батьки достатності цих лікувальних процедур.

#### Висновки:

1. Позитивний комплаєнс лікар – батьки – пацієнт, є невід'ємною складовою успіху в терапії захворювання, особливо хронічного. В доступних наукових інформаційних потоках, описано близько 250 факторів, що впливають на ставлення пацієнта до режиму терапії. Нами виокремлено найбільш значущі, на нашу думку, впливи, що можуть мати значення для хворих на муковісцидоз.
2. Зокрема встановлено, що більшість батьків потребують детальнішого роз'яснення особливостей захворювання та механізмів його розвитку і потреб виконання фізіотерапії.
3. Виявлено, що чим триваліший є період спостереження, тим менший комплаєнс,

що пояснюється, на нашу думку, тим, що чим триваліше пацієнт та його родина спостерігається у лікаря, тим більше вони знають про захворювання і його терапію. У той же час, особливо значимо, що чим менша тривалість спостереження лікарем і спілкування з родиною, де є дитина хвора на муковісцидоз, тим ретельніше батьки виконують рекомендації лікаря.

4. Опитувальник і його результати перспективний для допомоги лікареві щодо оцінки знання батьків і дитини про захворювання, виявлення причини низького комплаєнсу та усунення їх на шляху до ефективної терапії, муковісцидозу зокрема.

#### Література:

1. *Макух Г.В.* Муковісцидоз: прогрес у розумінні патогенезу, діагностики та лікування / *Г.В. Макух, Л.Й. Бобер, О.З. Гнатейко* // З турботою про дитину. – 2013. – №3 (39). – С. 32-35.
2. *Мостовий Ю.М.* Комплаєнс у пацієнтів із бронхіальною астмою та ХОЗЛ: сучасний стан проблеми / *Ю.М. Мостовий, Н.С. Слєпченко, А.А. Сідоров* // Здоров'я України. Пульмонологія. – 2012. – №2 (18). – С. 27-28.
3. Муковісцидоз. Современные достижения и актуальные проблемы. Методические рекомендации / *Н.И. Капранов, Н.Ю. Каширская,*

*В.Д. Шерман* [и др.]; Под ред. *Н.И. Капранова и Н.Ю. Каширской.* – 4-е изд., М., 2011. – 92 с.

4. Муковісцидоз у дітей: помилки ранньої діагностики та їх аналіз / *О. Охотнікова, Ю. Гладуш, Т.Іванова* [ та ін.] // Клінічна імунологія. Алергологія. Інсектологія. – 2013 – №5(64). – С. 15-21.
5. *Arias Llorente RP* Treatment compliance in children and adults with cystic fibrosis / *R.P. Arias Llorente, C. Bousoño García, J.J. Díaz Martín* // *Journal of Cystic Fibrosis.* – 2008. – №7. – P. 359–367.

6. Clinical guidelines for the care of children with cystic fibrosis 2011 / S. Alexander, K. Alshafi, I. Balfour-Lynn [et al.] // Royal Brompton Hospital. [Електронний ресурс]. – 2011. – №5<sup>th</sup> ed. – Режим доступу: <http://www.rbht.nhs.uk/childrencf/>.
7. Lannefors L. Physical training: vital for survival and quality of life in cystic fibrosis / L. Lannefors // *Breath*. – 2012. – Vol. 8(4). – P. 309-313.
8. Polychoric versus Pearson correlations in exploratory and confirmatory factor analysis of ordinal variables / F.P. Holgado-Tello, S. Chacón-Moscoso, I. Barbero-García [et al.] // *Quality & Quantity*. – 2010. – №44(1). – P. 153-166.
9. R: a language and environment for statistical computing. R. Core Team. – Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing, 2012. – 3604 p.
10. Vaccination of cystic fibrosis patients / L. Iordache, J. Gaudelus, D. Hubert [et al.] // *Arch. Pediatr.* – 2012. – №19(1). – P.36-39.

УДК 616.37-003.4-053.2-07+616-056.7

### ОСОБЕННОСТИ КОМПЛАЕНСА В СИСТЕМЕ ВРАЧ – РОДИТЕЛИ – ПАЦИЕНТ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ. СООБЩЕНИЕ I.

Н.В. Роговик<sup>1,2</sup>, А.Б. Зименковский<sup>1</sup>, Ю.С. Коржинский<sup>1</sup>, Л.И. Бобер<sup>2</sup>, О.Т. Девиняк<sup>3</sup>

Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого<sup>1</sup>, г. Львов, Украина

Западноукраинский специализированный детский медицинский центр<sup>2</sup>, г. Львов, Украина

Государственное высшее учебное заведение «Ужгородский национальный университет»<sup>3</sup>, г. Ужгород, Украина

**Резюме:** Изучение различных аспектов взаимодействия врач – родители – пациент является одной из актуальных проблем педиатрии, особенно при хронических заболеваниях. Муковисцидоз – генетическое заболевание с тяжелым течением и неблагоприятным прогнозом. Поражение многих органов требует тщательного сотрудничества родителей и больного ребенка с врачом, применения полимедикаментозной терапии и постоянного выполнения физиотерапевтических процедур с целью улучшения качества и продолжительности жизни. Положительный комплаенс пациента с врачом является одним из условий успеха лечения. Всесторонняя оценка комплаенса позволяет оценить осведомленность родителей о болезни, установить причины нежелания сотрудничества и устранить их, открывая пути к эффективной терапии.

**Ключевые слова:** комплаенс, муковисцидоз, физиотерапия, витамины, панкреатические ферменты.

UDC 616.37-003.4-053.2-07+616-056.7

### FEATURES OF COMPLIANCE IN THE SYSTEM «DOCTOR – PARENTS – PATIENT» IN THE TREATMENT CHILDREN WITH CYSTIC FIBROSIS. COMMUNICATION I.

N.V. Rohovyk<sup>1,2</sup>, A.B. Zimenkovsky<sup>1</sup>, Y.S. Korzhynskyy<sup>1</sup>, L.Y. Bober<sup>2</sup>, O.T. Devinyak<sup>1,3</sup>

Danylo Halysky Lviv National Medical University<sup>1</sup>, Lviv, Ukraine

Western Ukrainian Specialized Children's Medical Centre<sup>2</sup>, Lviv, Ukraine

State Higher Educational Institution «Uzhgorod National University»<sup>3</sup>, Uzhgorod, Ukraine

**Summary:** The study of various aspects of interaction «doctor – parents – patient» is one of the most essential problems in pediatrics, especially in chronic diseases. Cystic fibrosis is a genetic disease, the course of which is severe and a prognosis is poor. Affecting many organs requires careful cooperation of a doctor with parents and a sick child because of using multidrug therapy and continuous physiotherapy to improve the quality and longevity of life. Positive compliance of a patient with a doctor is one of the key factors to successful treatment. A comprehensive assessment of compliance allows to evaluate the awareness of parents regarding illness, to identify the causes of cooperation decline and to eliminate them on the way toward effective therapy.

**Key words:** compliance, cystic fibrosis, physiotherapy, vitamins, pancreatic enzymes.

Надійшла до редакції 17.08.2013 р.