

УДК 616.053.9-08:615.03

Л. П. Купраш, Ю. О. Гріненко\*, О. В. Купраш, С. О. Гударенко

*Державна установа "Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова  
НАМН України", 04114 Київ*

*\*Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни,  
08455 с. Циблі Переяслав-Хмельницького р-ну, Київської обл.*

## ПРИЙНЯТНІСТЬ (КОМПЛАЄНТНІСТЬ) МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ В ГЕРІАТРИЧНІЙ КЛІНІЦІ

Вивчено рівень сприйнятності до ліків (комплаєнтність) та визначено чинники, що формують його у хворих літнього та старечого віку. Показано, що покращення комплаєнтності шляхом корекції основних медичних та соціально-економічних факторів сприятиме підвищенню ефективності медикаментозної терапії хворих літнього та старечого віку.

**Ключові слова:** комплаєнтність, медикаментозна терапія, літній та старечий вік.

Сучасні вимоги ВООЗ до лікарських засобів, поряд з ефективністю, безпекою і доступністю, включають також прийнятність ліків для пацієнта (комплаєнтність), що, з позицій доказової медицини, має забезпечити раціональну фармакотерапію та покращити якість життя хворого [28]. Комплаєнтність — це стан, при якому поведінка пацієнта повністю співпадає з медичними рекомендаціями. По відношенню до медикаментозної терапії комплаєнтність означає цілковите виконання режиму призначення ліків [3, 4, 17, 20].

Недотриманість режиму лікування (некомплаєнтність) — важлива медична проблема, яка стосується всіх захворювань і всіх видів лікування [2, 6, 7, 13]. На думку багатьох дослідників [3, 10, 12], низька комплаєнтність має значно більший вплив на здоров'я населення, ніж удосконалення лікувального процесу.

Дотримання режиму призначення ліків займає важливе місце в комплексі лікувальних заходів. Протягом останніх трьох десятиліть з'явилася велика кількість публікацій, присвячених вивченню компа-

ентності. В них висвітлюються різні аспекти комплаєнтності, причини, що зумовлюють неприйнятність хворих до ліків і шляхи їх подолання, а також аналізується роль пацієнта, медикаменту і лікаря в підвищенні комплаєнтності до лікування [11, 20].

Порівняльне дослідження впливу соціальних, економічних, демографічних чинників на комплаєнтність до лікування проведено в 24 країнах Європи [15]. Виявлено досить високий рівень комплаєнтності — 83,2 % з великою різницею між окремими країнами. Так, рівень некомплаєнтності коливається від 6,4 % в Португалії до 24,9 % в Люксембурзі при середньому значенні 16,8 %.

Результати проведеного коваріантного аналізу засвідчили, що некомплаєнтність в значній мірі залежить від соціально-демографічних, соціально-економічних чинників — таких, як стать, вік, сімейний статус, освіта, професія, матеріальне забезпечення. Аналогічні дані наводять інші дослідники [8, 22, 23].

В США недотримання хворими режиму лікування (некомплаєнтність) належить до основних медичних проблем. За результатами проведених досліджень, некомплаєнтність реєструється у 50–60 % хворих. Причинами недотримання режиму лікування були відсутність симптомів хвороби (36 %), відсутність коштів на ліки (35 %), невпевненість в ефективності ліків (33 %), можливість побічних ефектів (20 %) [17].

Некомплаєнтність призводить до прогресування хвороби, побічних ефектів і внаслідок цього — до величезних затрат коштів. Лікарняні витрати, спричинені некомплаєнтністю, в США сягають 8,5 млрд \$ щорічно [14, 17].

Особливо актуальною є проблема комплаєнтності в геріатрії, що зумовлено характером патології (коморбідність, хронічний перебіг захворювання), віковими змінами особистості, соціально-економічними умовами людей літнього і старечого віку [21, 24]. Зниження комплаєнтності у хворих похилого віку за наявності супутніх хвороб і поліпрагмазії відзначають ряд авторів [6, 16, 25, 27].

Порівняльне вивчення чинників, що впливають на недотримання режиму прийому ліків хворими літнього віку з поліпрагмазією, проведено в 11 країнах Європи [25]. Встановлено, що в Європейських країнах 19,5 % хворих літнього віку не дотримуються режиму прийому ліків. Найвищий рівень некомплаєнтності зареєстровано в Чехії (33,5 %). Основними чинниками ризику некомплаєнтності визначено щоденний прийом понад 7 препаратів, проблеми з придбання лікарських засобів, тривалий термін прийому препаратів (понад 5 років), відсутність необхідної допомоги при прийомі ліків. Було показано, що у старих людей некомплаєнтність асоціюється з недостатньою інформованістю про ліки та складним режимом їх призначення [25].

При опитуванні хворих літнього віку вони найчастіше називають такі причини некомплаєнтності: забув приймати ліки (74,3 % пацієнтів), не вірю в ефективність ліків (10,6 %), боюсь передозування (8,6 %) [26].

Встановлено, що некомплаєнтність більш часто зустрічається при хронічних захворюваннях, що зумовлено тривалим, складним режимом лікування таких хвороб органів кровообігу, як артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, серцева недостатність [9, 14, 18, 19].

Наведені дані літератури свідчать, що прийнятність хворого до лікування залежить від ряду чинників — ефективності призначених ліків, їх побічної дії, вартості лікування, форми лікарського засобу, шляхів та режиму прийому, а також інших соціальних, медичних та побутових чинників [7, 40]. Питома вага окремих чинників істотно розрізняється в залежності від віку хворих, характеру захворювання, супутньої патології та інших, що зумовлює необхідність їх вивчення в окремих категоріях хворих. Оцінка ролі цих факторів може бути особливо перспективною в гериатричній клініці, так як цілеспрямована їх корекція сприятиме оптимізації ефективності лікування хворих літнього віку.

**Мета роботи** — визначення впливу на комплаєнтність хворих літнього віку соціо-демографічних, економічних та медичних чинників, з урахуванням особливостей дотримання режиму прийому ліків міським та сільським населенням літнього та старечого віку.

**Обстежувані та методи.** Робота виконана на базі Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни, де лікувалися хворі з різних регіонів країни. Обстежено дві групи хворих віком понад 60 років: 1 — сільські жителі різних регіонів України ( $n = 292$ ), 2 — міські жителі різних регіонів України ( $n = 278$ ).

У всіх хворих були діагностовані асоційовані хронічні захворювання органів кровообігу (церебральний атеросклероз — у 91,3 % хворих, ішемічна хвороба серця — у 86,4 %, артеріальна гіпертензія — у 81,5 %, хронічна серцева недостатність — у 77,4 %, порушення серцевого ритму — у 32,1 %), а також супутні хвороби інших органів і систем (кістково-м'язової — у 47,7 %, органів травлення — у 38,1 %, органів дихання — у 27,1 %, ендокринної системи — у 19,3 %), у зв'язку з чим їм призначалися відповідні лікарські засоби. Середня кількість препаратів, призначених одному хворому, становила  $6,3 \pm 0,4$ .

Для ідентифікації чинників, що зумовлюють некомплаєнтність, визначали такі групи показників:

- соціально-демографічні (вік, стать, місце проживання),
- соціально-економічні (матеріальні можливості родини),
- фактори лікаря (ефективність призначеної терапії, забезпечення хворому чітких інструкцій щодо режиму лікування, підтримування регулярного контакту з пацієнтом),
- фактори хворого (можливості і бажання придбати необхідні ліки, дотримання призначених доз і термінів прийому ліків).

Для опитування пацієнтів були використані анкети, розроблені *Rochester*, 2008. В анкету вносилися дані стосовно лікарських засобів, які призначалися хворому протягом останнього року.

При статистичній обробці результатів використовували  $\chi^2$  Пірсона.

**Результати та їх обговорення.** Результати аналізу отриманих даних засвідчили, що в цілому режиму лікування не дотримувалися 60 % хворих літнього та старечого віку. Розподіл хворих окремих груп по відношенню до режиму лікування представлено в табл. 1.

Таблиця 1

Розподіл хворих за ставленням до режиму лікування, %

Група	Не порушували режим лікування			Порушували режим лікування		
	всього	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки
Сільські жителі	36,6*	20,5*	16,1	64,4	18,8	45,6 <sup>#</sup>
Міські жителі	41,4	24,4	17,0	58,6	21,6	30,7 <sup>#</sup>
В середньому	39,0	22,4	16,6	61,0	20,2	40,8 <sup>#</sup>

Примітки: \* —  $P < 0,05$  у порівнянні із середніми даними, <sup>#</sup> —  $P < 0,05$  порівняно з чоловіками.

Як видно з даних табл. 1, частота недотримання режиму призначення ліків у сільських жителів була вищою, ніж у міських. У жінок некомплаєнтність була вірогідно вищою, ніж у чоловіків, в обох обстежених групах. Отримані дані свідчать про вплив соціо-демографічних чинників (стать, місце проживання) на формування некомплаєнтності до ліків у хворих літнього та старечого віку.

Одним із чинників збільшення некомплаєнтності вважають призначення хворому великої кількості ліків [16, 25]. При аналізі впливу кількості призначених лікарських засобів на прийнятність хворого до лікування встановлено, що при прийомі 1–2 препаратів на добу кількість хворих, що порушували режим лікування, була вірогідно меншою в порівнянні з хворими, яким призначали більшу кількість ліків.

При прийомі менше 5 препаратів на добу режим лікування порушували 25 % хворих, більше 5 — 62 %. Прийом понад 7 препаратів на добу більшість дослідників [25] відносять до основних чинників некомплаєнтності у хворих літнього та старечого віку.

Для визначення ролі пацієнта у формуванні некомплаєнтності до ліків були проаналізовані анкети самоопитування. Результати цього аналізу наведені в табл. 2.

Як видно з даних табл. 2, основною причиною порушення режиму ліків більшість хворих обох груп вважають те, що "забув прийняти ліки". Для хворих цього віку характерно забувати про необхідність прийому ліків, що потребує нагадувати їм про це [16, 25].

Відсутність симптоматики як причина некомплаєнтності до ліків займає друге місце. Для підвищення комплаєнтності лікар має пояснювати хворому необхідність постійного прийому ліків незалежно від наявності скарг [2, 20].

На третьому місці серед причин некомплаєнтності у міських жителів знаходиться побоювання побічної дії ліків. Серед сільських жителів її назвали лише 7,4 % опитаних. Разом з тим, 28,7 % сільських жителів вказали на відсутність грошей на ліки і 14,8 % — на відсутність призначених ліків в аптеках. На неефективність ліків вказали лише 2,4 % опитаних сільських жителів і 14,4 % — міських.

Таблиця 2

## Причини порушення режиму прийому ліків, %

Фактор	Сільські жителі	Міські жителі
Забування	72,1	70,8
Ніщо не турбує	33,1	45,3
Ліки викликають побічний ефект	7,4	30,6
Нема грошей на ліки	28,7	17,4
Відсутність в аптеці призначених ліків	14,8	7,7
Острах звикнення	1,1	7,8
Ліки вважаються неефективними	2,4	14,4
Ліки неприємні на смак і запах	–	5,4

На відсутність призначених ліків в аптеці вказують переважно жителі села, а міські жителі бояться звикнути до ліків. Неприємний смак і запах ліків як причину відмови від їх прийому відзначають лише міські жителі.

Аналіз та співставлення результатів проведеного дослідження свідчить, що в Україні 60,0 % хворих літнього та старечого віку не дотримуються призначеного режиму прийому ліків. На підставі отриманих даних, серед чинників, що визначають формування некомплаєнтності у обстежених хворих, можна виділити такі:

- соціально-демографічні, соціально-економічні та побутові (стать, місце проживання, рівень фінансового забезпечення);
- залежні від лікаря — ефективність і безпечність ліків, режим їх прийому, контакт із пацієнтом;
- залежні від пацієнта — забудькуватість, відсутність симптомів захворювання, побоювання побічної дії ліків та звикання до них.

Для підвищення комплаєнтності до лікування хворих літнього та старечого віку рекомендується:

- пояснювати пацієнту необхідність постійного прийому лікарських засобів незалежно від наявності симптомів захворювання;
- призначати лікарські засоби в зручній для прийому формі, з меншою кількістю таблеток на добу, для чого доцільно використовувати комбіновані фіксовані препарати;
- забезпечити хворому ясні, зрозумілі інструкції щодо необхідності дотримання режиму прийому препаратів.

Немаловажне значення має корекція соціально-економічних та побутових чинників — зниження цін на ліки для пенсіонерів, забезпечення аптечної мережі необхідними ефективними, безпечними та доступними за ціною ліками, що особливо важливо для жителів сільських регіонів.

Отже, покращення внаслідок вказаних заходів комплаєнтності до лікування дозволить оптимізувати ефективність медикаментозної терапії хворих літнього та старечого віку.

## Список використаної літератури

1. Akpa M. R., Agomuoh D. I., Odia O. J. Drug compliance among hypertensive patients in Port Harcourt, Nigeria // Niger. J. Med. — 2005. — **14**, № 1. — P. 55–57.
2. Chisholm V. A., Vollenweider L. J., Mulloy L. L. et al. Renal transplant patient compliance with free immunosuppressive medications // Transplantation. — 2000. — **70**. — P. 1240–1244.
3. Compliance in healthcare and research / Eds: L. E., Burke, I. S. Ockene. — Wiley-Blackwell, 2002. — 354 p.
4. Desing R., Lottermosser K., Mengden T. Compliance with drug therapy — new answers to an old question // Nephrol. Dial. Transplant. — 2002. — **16**. — P. 1317–1321.
5. Ekedahl A., Mansson N. Unclaimed prescriptions after automated prescription transmittals to pharmacies // Pharmacy World. — 2004. — **26**. — P. 26–31.
6. Funnel M. M., Anderson R. M. The problem with compliance in diabetes // MsJAMA Online. — 2000. — **284**. — doi: 10.1001/jama.284.13.1709-jms1004-6-1.
7. Girerd X., Fuorcade J., Brillet G. et al. The compliance evaluation test: a validated tool for detection of nonadherence among hypertensive treated patients // J. Hypertens. — 2001. — **19**, suppl. 2. — P. S74.
8. Grimaldi A. Why to measure drug compliance? // La Revue de Medecine Interne. — 2003. — **24**, № 12. — P. 766–767.
9. Hadi N., Gooran R. N. Effectiveness of a hypertension educational program on increasing medication compliance in Shiraz, 2004 // Shiraz E-Med. J. — 2006. — **7**, № 2. — P. 17–19.
10. Hreasons J. G., Blom A. Th. G., Kisoengsingh S. U. Initial phase of chronic medication use patients' reasons for discontinuation // Br. J. Clin. Pharmacol. — 2006. — **61**. — P. 352–354.
11. Kardas P. Patient compliance with treatment for respiratory tract infections // J. Antimicrob Chemother. — 2002. — **49**. — P. 897–903.
12. Knapp K. K., Law A. V., Hitchman C. Pharmacy compliance with a prescription-drug discount program // N. Engl. J. Med. — 2002. — **347**. — P. 146–147.
13. Laederach-Hofmann R., Bunzel B. Noncompliance in organ transplant recipients: a literature review // Gen Hosp Psychiatry. — 2000. — **22**. — P. 412–424.
14. Larosa J. H., Larosa J. C. Enhancing drug compliance in lipid-lowering treatment // Arch. Fam. Med. — 2000. — **9**, № 10. — P. 1169–1175.
15. Larsen J., Stovring H., Kragstrup J., Hansen D. Can differences in medical drug compliance between European countries be explained by social factors: analyses based on data from the European Social survey, round 2 // BMC Public Health. — 2009. — **9**. — doi: 1186/1471-2458-9-145.
16. Lewis J. H., Schonlau M., Munoz J. A. et al. Compliance among pharmacies in California with a prescription-drug discount program for Medicare beneficiaries // N. Engl. J. Med. — 2002. — **346**. — P. 830–835.
17. Mengden T., Ven S., Desing R., Vettor H. Drug compliance decrease clinic visits // H. Hypertens. — 2001. — **18**, № 4. — P. 169–176.
18. Niaz A. Shaikh blood pressure control, follow-up and drug compliance among KingFahd hypertensive patients at civil hospital, Karachi // Med. Channel Mar. — 2008. — **5**, № 1. — P. 5–10.
19. Rajpura J. R., Nayak R. Role of illness perceptions and medication beliefs on medication compliance of elderly hypertensive cohorts // J. Pharm. Pract. — 2014. — **27**, № 1. — P. 19–24.
20. Rottlaender D., Scherner M., Schneider T., Erdmann E. Polypharmacy, compliance and non-prescription medication in patients with cardiovascular

- disease in Germany // *Dtsch Med. Wochenschr.* — 2007. — **132**, № 4. — S. 139–144.
21. *Schbз B., Marx C., Wurm S.* et al. Medication beliefs predict medication adherence in older adults with multiple illnesses // *J. Psychosom. Res.* — 2011. — **70**. — P. 179–187.
  22. *Sipkoff M.* Generics enhance drug compliance // *Arch. Intern. Med.* — 2006. — **3**, № 4. — P. 217–223.
  23. *Smith J. R., Mildenhall S., Noble M.* et al. Clinical-assessed poor compliance identifies adults with severe asthma who are at risk of adverse outcomes // *J. Asthma.* — 2005. — **42**. — P. 437–445.
  24. *Steinman M. A., Hanlon J. T.* Managing medications in clinically complex elders: "There's got to be a happy medium" // *JAMA.* — 2010. — **304**. — P. 1592–1601.
  25. *Topinkovb E., Fialovb D., Carpenter G. I., Bernabei R.* Cross-national comparison of drug compliance and non-compliance associated factors in the elderly with polypharmacotherapy // *Časopis Lйkary Českэch.* — 2006. — **145**, № 9. — P. 726–732.
  26. *Vogel A.* Sensor necklace aims to increase elderly and clinical trial participant drug compliance // *J. Appl. Res. Reprints Order Form.* — 2008. — **3**, № 5. — P. 73–77.
  27. *Vogel K. L.* Managing compliance challenges in the elderly // *US Pharm.* — 2011. — **36**, № 4. — P. 3–5.
  28. *WHO* guide to cost-effectiveness analysis. Making choisess in health / Eds: T. Tan-Torres Edeyer, R. Baltussen, T. Adam et al. — Geneva: WHO, 2003. — 319 p.

Надійшла 10.08.2015

**ПРИЕМЛЕМОСТЬ (КОМПЛАЄНТНОСТЬ)  
МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ  
В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ**

**Л. П. Купраш, Ю. А. Гриненко\*, Е. В. Купраш, С. А. Гударенко**

Государственное учреждение "Институт геронтологии  
им. Д. Ф. Чеботарева НАМН Украины", 04114 Киев  
\*Украинский государственный медико-социальный центр  
ветеранов войны, 08455 с. Цибли  
Переяслов-Хмельницкого р-на Киевской обл.

Изучен уровень приемлемости лекарств (комплаєнтность) и определены формирующие его факторы у больных пожилого и старческого возраста. Показано, что улучшение комплаєнтности путем коррекции основных медицинских и социально-экономических факторов способствует повышению эффективности медикаментозной терапии больных пожилого и старческого возраста.

**COMPLIANCE TO DRUG THERAPY IN ELDERLY PATIENTS****L. P. Kuprash, Yu. A. Grinenko\*, E. V. Kuprash,  
S. A. Gudarenko**State Institution "D. F. Chebotarev Institute of Gerontology  
NAMS Ukraine", 04114 Kyiv\*Ukrainian State Medico-social Center for War Veterans,  
08455 Tsybli village, Pereiaslov-Khmelnytsky Rayon, Kyiv Oblast

The level of compliance to drug therapy and factors of its formation were studied in the elderly patients. The improvement of compliance through correction of main medical and socio-economical factors was shown to facilitate increase of efficacy of drug therapy in the geriatric patients.

**Відомості про авторів**

ДУ "Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМН України"

Л. П. Купраш — пров.н.с. лаб. гериатричної фармакології, д.м.н. (kuprash@geront.kiev.ua)

О. В. Купраш — лікар відділення клінічної та епідеміологічної кардіології, к.м.н.

С. О. Гударенко — м.н.с. лаб. соціальної геронтології

**Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни**

Ю. О. Грінченко — директор центру, к.м.н.