

Impact Factor:

ISRA (India) = 4.971
ISI (Dubai, UAE) = 0.829
GIF (Australia) = 0.564
JIF = 1.500

SIS (USA) = 0.912
PIHHC (Russia) = 0.126
ESJI (KZ) = 8.716
SJIF (Morocco) = 5.667

ICV (Poland) = 6.630
PIF (India) = 1.940
IBI (India) = 4.260
OAJI (USA) = 0.350

SOI: [1.1/TAS](#) DOI: [10.15863/TAS](#)

International Scientific Journal Theoretical & Applied Science

p-ISSN: 2308-4944 (print) e-ISSN: 2409-0085 (online)

Year: 2020 Issue: 04 Volume: 84

Published: 30.04.2020 <http://T-Science.org>

QR – Issue



QR – Article



Kanagat Skakovna Abdiramasheva

Akhmed Yassawi International Kazakh-Turkish University

Lecturer, Turkestan, Kazakhstan

STATUS COMPLIANCE IN ELDERLY PATIENT

Abstract: This article discusses the concept of adherence and compliance of elderly patients. Describe the pharmacological, clinical and physical methods for assessing adherence.

Key words: adherence, compliance, methods for assessing.

Language: Russian

Citation: Abdiramasheva, K. S. (2020). Status compliance in elderly patient. *ISJ Theoretical & Applied Science*, 04 (84), 584-587.

Soi: <http://s-o-i.org/1.1/TAS-04-84-98> **Doi:**  <https://dx.doi.org/10.15863/TAS.2020.04.84.98>

Scopus ASCC: 2700.

СОСТОЯНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ У ПОЖИЛЫХ

Аннотация: В статье представлено понятие - приверженности к лечению у пожилых пациентов. Описаны фармакологические, клинические и физические методы оценки приверженности к лечению и их сравнительная характеристика.

Ключевые слова: приверженность к лечению, комплаентность, методы оценки.

Введение

УДК 616-036.6

Ежегодно из-за последствий низкой приверженности к лечению, по данным американских ученых, погибает 125 000 пациентов с различными заболеваниями. Около 10% всех случаев госпитализации связано с несоблюдением указаний лечащего врача. Значительная доля расходов, связанных с лечением в стационарах, также обусловлена низкой приверженностью.

Термин «adherence to therapy» (приверженность к терапии) означает «соблюдение указаний врача». Несмотря на незначительные различия, термин близок по своему содержанию к термину «комплаентность» (с англ. «compliance» означает «соблюдение больным режима и схемы лечения») и в клинической практике часто его заменяет [1].

«Приверженность к терапии» обычно определяется как характеристика поведения пациента, связанного с лечением (например, прием препарата, соблюдение диеты, изменение

образа жизни, посещение клиники) и ее соответствие рекомендациям врача [2].

Ряд проведенных исследований свидетельствует о том, что с более низким уровнем комплаентности ассоциирован пожилой и старческий возраст [3].

Существуют более достоверные методы определения комплаентности - определение концентрации лекарственного препарата. В одном исследовании, с помощью флуоресцентного метода определения концентрации лекарственного средства в моче у больных с артериальной гипертензией было показано, что у 59 % больных имела место 100% комплаентность (т.е. 100% тестов были положительными и указывали на наличие препарата в организме). У 23% больных комплаентность составляла более 50% и только 18% имели комплаентность менее 18%. При этом у больных с низкой комплаентностью уровень АД был достоверно выше [5].

В исследовании, проведенном в Бразилии, пациенты с метаболическим синдромом показали более высокий уровень комплаентности [6]. В исследование применялся шкала Мориски-Грина.

Impact Factor:

ISRA (India) = 4.971
ISI (Dubai, UAE) = 0.829
GIF (Australia) = 0.564
JIF = 1.500

SIS (USA) = 0.912
РИИЦ (Russia) = 0.126
ESJI (KZ) = 8.716
SJIF (Morocco) = 5.667

ICV (Poland) = 6.630
PIF (India) = 1.940
IBI (India) = 4.260
OAJI (USA) = 0.350

Шкала комплаентности Мориски-Грин - клинико-психологическая тестовая методика, предназначенная для предварительной оценки комплаентности у больных в рутинной врачебной практике. Эта шкала в практике получил большее распространение [4]. Согласно критериям если больной 3 раза ответил «нет» то он считается комплаентными. При ответе «нет» более 3 раз засчитывается 3 балла):

1. Забывали ли Вы когда-либо принять препараты? (нет/да)

2. Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств? (нет/да)

3. Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо? (нет/да)

4. Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием? (нет/да) . Однако тест не предусматривает оценки комплаентности пожилых больных в зависимости от социальных, психологических особенностей пациента, качества жизни и особенности взаимоотношений между медицинскими работниками и пациентом, хотя применяется очень широко [6].

В Польше было проведено исследование, в котором у больных в возрасте старше 65 лет, страдавших бронхиальной астмой, была выявлена низкая приверженность к лечению. По данным шкал Modified Morisky и VAS в начале исследования среди 117 участников лишь 9% и 21% имели высокую приверженность. Через год, во второй части исследования, больным было рекомендовано контролировать астму через электронный дневник. Через 1 год наблюдалось увеличение комплаентности по шкале Modified Morisky, 3.08 ± 0.97 до 3.85 ± 1.01 и по шкале VAS с $44\% \pm 7.8\%$ до $90\% \pm 5.9\%$. По данным исследования можно увидеть что применение электронных дневников повышают комплаентность [7].

В Нидерландах были проведены рандомизированные исследования, направленные на повышение комплаентности у пожилых. Низкий уровень комплаентности затрагивает все возрастные группы, но у пожилых пациентов имеют характерные причины. Некоторыми возрастными барьерами являются потеря зрения и когнитивные нарушения. В результате наблюдений в возрасте 60 лет и старше комплаентность - низкая (колеблется от 26-59%) [8].

В исследовании, которое проводилось в Новой Зеландии в больнице «Auckland», для повышения комплаентности у пожилых, использовались специальные таблетки с календарной упаковкой (Webster-Pak). Из 84 пациентов 45 принимали препараты с календарной упаковкой, а 39 - без календарной упаковки. В результате разница комплаентности у

больных принимающих таблетки с обычной упаковкой и у больных принимающие таблетки с календарной упаковкой составила 68,8% (из 45 больных) против 41,0% (из 39больных) в течении 10 дней, 64,4% против 38,5% в течении месяца и 48,9% против 23,1% в течении трех месяцев после выписки из стационара. Таким образом, высокую комплаентность можно поддержать с помощью календарных упаковок [9].

В Национальном Институте Здоровья и Медицинских Исследований во Франции, приверженность к медикаментозной терапии исследовалась с помощью прямых и непрямых методов [11]. Прямые методы являются более точными, но при этом более дорогими, а поэтому в клинической практике не используются. Чаще всего их включают в протокол проспективных исследований. К ним относятся: измерение концентрации препарата в сыворотке крови или в моче (для бисфосфонатов), определение некоторых биохимических параметров (например, маркеров костной резорбции), непосредственное наблюдение за приемом лекарственного препарата пациентом. Непрямые методы оценки приверженности позволяют ретроспективно судить о количестве принятых доз препарата, например, по выписанным больному рецептам. Однако в данном случае нельзя быть уверенным в том, что приобретенный препарат будет принят вообще или будет принят в соответствии с инструкцией [11].

В качестве оценки приверженности пациентов к лечению используется показатель «индекс использования препарата» (medication possession ratio - MPR), который высчитывается делением количества дней приема полной дозы препарата (или выданного больному) на количество дней всего исследования (наблюдения) и выражается в процентах. Индекс MPR является важным показателем во всех РКИ, определяющих эффективность лекарственной терапии. С помощью этого показателя оценивается степень приверженности лечению. Если индекс MPR достигает 80% и более, можно говорить о высокой приверженности лечению, при MPR меньше 60% приверженность терапии низкая [10]. Пациентов с низкой приверженностью следует считать не лечеными. В действительности «хорошая приверженность» - достаточно условный термин. Так, F. E. Cotte и соавт. (2008) эмпирически рассчитали оптимальный уровень MPR для снижения риска переломов, и он составил 68% [11].

В 2008 году учеными Imaz I., Zegarra P., Gonzalez-Enriquez J. были выполнены два мета-анализа, целью которых было определение в сравнительном аспекте риска переломов среди приверженных и не приверженных лечению пациентов с остеопорозом [12]. У последних

Impact Factor:

ISRA (India) = 4.971
ISI (Dubai, UAE) = 0.829
GIF (Australia) = 0.564
JIF = 1.500

SIS (USA) = 0.912
РИИЦ (Russia) = 0.126
ESJI (KZ) = 8.716
SJIF (Morocco) = 5.667

ICV (Poland) = 6.630
PIF (India) = 1.940
IBI (India) = 4.260
OAJI (USA) = 0.350

отмечалось более значимое повышение риска, клинически выраженных вертебральных переломов (на 43%), чем невертебральных переломов (на 16%) и переломов бедра (на 28%).

Во второй мета-анализ вошли 113 367 пациентов из 8 исследований, большинство из которых были ретроспективными исследованиями. Все пациенты получали тот или иной бисфосфонат. Суммарный риск переломов у пациентов с низким «индексом использования препарата» оказался выше на 30% [13].

В исследовании, которое проводилось учеными в Национальном Институте Здоровья и Медицинских Исследований во Франции, оценивали влияние автоматизированного телефонного дозвона с дифференцированным текстом напоминания, а также его сочетание с ведением дневника самоконтроля на приверженность гиполипидемической и антигипертензивной терапии и на ее эффективность в условиях длительного амбулаторного наблюдения. В исследование были включены 604 пациента: 323 пациента с высоким и очень высоким риском осложнений атеросклероза по шкале SCORE и 281 пациент с ишемической болезнью сердца (ИБС). Пациентов разделили на 2 группы (гр.) в зависимости от наличия согласия на автодозвон (гр. Автодозвона и гр. Отказников). Всем пациентам выдавали Дневник самоконтроля. Проводили общеклиническое обследование, контроль офисного артериального давления (АД),

биохимического анализа крови, оценивали приверженность терапии (тест Мориски Грина), уровень тревоги и депрессии (опросник HADS) исходно и через 1 год. В результате ученые института выявили, что степень снижения диастолического АД была достоверно больше у пациентов, прослушивающих телефонные напоминания ($p=0,04$). В группе Автодозвона отмечено достоверно большая степень снижения уровня общего холестерина (ОХС) ($p=0,0003$), ХС липопротеинов низкой плотности (ЛНП) ($p=0,001$), а также степень повышения уровня ХС ЛВП ($p=0,04$). Приверженность к терапии по результатам теста Мориски - Грина выросла как в группе Автодозвона, так и в группе Отказников. Однако у больных ИБС достоверное увеличение баллов отмечается только в гр. Автодозвона ($p<0,00001$). Доля сдавших Дневники самоконтроля была больше среди пациентов гр. Автодозвона ($p<0,0001$). Таким образом, применение автоматизированных телефонных напоминаний (автодозвонов) позволяет достоверно повысить приверженность терапии [14].

Таким образом, анализ литературных данных показывает низкую комплаентность среди пожилых больных. Следует сделать вывод, что ученые многих стран применяли различные тест-опросники, шкалы, дневники самоконтроля и препараты с календарной упаковкой для повышения приверженности к лечению.

References:

1. Amlaev, K.R., Makhov, Z.D., Koychueva, S.M., & Koychuev, A.A. (n.d.). Rezul'taty izucheniya kachestva zhizni i priverzhennosti lecheniyu patsiyentov urologicheskogo i onkourologicheskogo profilya. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik*, №5 (140).
2. Raschal, A.M., et al. (2008). Measures of adherence to epilepsy treatment: review of present practices and recommendations for future directions. *Epilepsia*, V.49(7), pp. 1115-1122.
3. Doering, L.V., Dracup, K., Westlake, C., Hamilton, M., & Fonarow, G. (2003). Compliance behaviors of elderly patients with advanced heart failure. *Journal Cardiovasc Nurs*. Jul-Aug;18(3):197-206.
4. Ruiz, M.A., Pardo, A., Rejas, J., Soto, J., Villasante, F., & Aranguren, J.L. (2008). Development and validation of the "Treatment Satisfaction with Medicines Questionnaire" (SATMED-Q). *Value Health*. Sep-Oct;11(5):913-26.
5. Lüscher, T.F., Vetter, H., Siegenthaler, W., & Vetter, W. (1985). Compliance in hypertension: facts and concepts. *J Hypertens Suppl*. Apr;3(1):S3-9.
6. Lopes, N., Zanini, A.C., Casella-Filho, A., & Chagas, A.C. (2008). Metabolic syndrome patient compliance with drug treatment. *Clinics (Sao Paulo)*. Oct;63(5):573-80.
7. Bozek, A., & Jarzab, J. (2010). Adherence to asthma therapy in elderly patients. *J Asthma*. Mar;47(2):162-5.
8. Eijken, M., Tsang, S., Wensing, M., de Smet, P.A., & Grol, R.P. (2003). Interventions to improve medication compliance in older patients living in the community: a systematic review of the literature. *Drugs Aging*. ;20(3):229-40.

Impact Factor:

ISRA (India) = 4.971
ISI (Dubai, UAE) = 0.829
GIF (Australia) = 0.564
JIF = 1.500

SIS (USA) = 0.912
PIHHI (Russia) = 0.126
ESJI (KZ) = 8.716
SJIF (Morocco) = 5.667

ICV (Poland) = 6.630
PIF (India) = 1.940
IBI (India) = 4.260
OAJI (USA) = 0.350

9. Ware, G.J., Holford, N.H., Davison, J.G., & Harris, R.G. (1991). Unit dose calendar packaging and elderly patient compliance. *NZ Med J.* Nov 27; 104 (924):495-7.
10. SirSiris, E.S., et al. (2009). Impact of osteoporosis treatment adherence on fracture rates in North America and Europe. *Am. J. Med.* Vol. 122. S3-S13.
11. Cotté, F.E., Mercier, F., & De Pourville, G. (2008). Relationship between compliance and persistence with osteoporosis medications and fracture risk in primary health care in France: a retrospective case-control analysis. *Clin Ther.* Dec;30(12):24 10-22.
12. Imaz, I., et al. (2010). Poor bisphosphonate adherence for treatment of osteoporosis increases fracture risk: systematic review and meta-analysis. *Osteoporos. Int.* Vol. 21. P. 19 43-19 51.
13. Fialko, L., Garety, P.A., Kuipers, E., Dunn, G., Bebbington, P.E., Fowler, D., & Freeman, D. (2007). A large-scale validation study of the Medication Adherence Rating Scale (MARS). *Schizophr Res.* Mar;100(1-3):53-9. Epub Dec 20.
14. Ageyev, F.T., et al. (2012). Metody tekhnicheskogo vozdeystviya kak faktor povysheniya priverzhennosti terapii bol'nykh serdechno-sosudistymi zabolevaniyami v ambulatornoy praktike. Itogi godichnogo nablyudeniya. Izdaniye: *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*, g -N 4, pp.36-41.