

<https://doi.org/10.35339/msz.2019.83.02.07>

УДК 616.899:616.89-008.42:616.895.7-052-07:614.253

*К.В. Шевченко-Бітенський*

*ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології  
МОЗ України», м. Одеса*

### **КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЄНСА ПАЦІЄНТІВ ЗІ ЗМІШАНОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ, УСКЛАДНЕНОЮ ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОЇДНИМИ РОЗЛАДАМИ**

У дослідженні взяли участь 72 пацієнти зі змішаною деменцією, ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами. В основну групу ввійшли 49 пацієнтів із частковим і неповним медичним комплаєнсом, у контрольну – 23 пацієнти з повним медичним комплаєнсом. У обстежених встановлено особливості медикаментозного комплаєнса. Виявлено фактори, що впливають на зниження медичного комплаєнса: відмова / ухилення від прийому призначених лікарем ліків і процедур; негативне ставлення до препаратів, що приймають, та низька оцінка їхньої ефективності; відсутність або часткова критика хвороби та її проявів; коморбідність зі зловживанням алкоголю; низький рівень соціального функціонування та соціальної підтримки; низький рівень терапевтичного альянсу; високий рівень негативної симптоматики.

**Ключові слова:** змішані деменції, медичний комплаєнс, галюцинаторно-параноїдні розлади.

#### **Вступ**

Відомо, що успіх фармакотерапевтичних утручань залежить від якості лікарських препаратів, лікарської форми препаратів, правильності призначення лікарських засобів [1–3]. Однак, як стало відомо в останні десятиліття, у край необхідно, щоб пацієнт брав активну участь у процесі лікування, необхідні його бажання співпраці з лікарем і готовність дотримуватись лікарських рекомендацій [1, 4, 5]. Така співпраця пацієнта та членів його сім'ї з лікарем, яка здійснюється усвідомлено, із метою досягнення максимального фармакотерапевтичного ефекту носить назву «комплаєнс» (англ. *compliance* – згода, податливість, поступливість). Високий рівень комплаєнса дозволяє максимально точно виконувати призначення лікарів, що забезпечує ефективність і безпеку лікування, особливо фармакотерапії [2, 6–8].

Існує багато факторів, які забезпечують формування комплаєнса і залежать від безлічі обставин (індивідуальності лікаря, соціально-економічних обставин регіону, організації медичної допомоги, особливостей фармакотерапії, особистісно-психологічних якостей пацієнта та ін.) [1, 9, 10]. Особливого значення у формуванні комплаєнса набувають особистісно-психологічні особливості пацієнта (емоційна реакція й поведінка пацієнта, що виникають у відповідь на призначений курс фармакотерапії; боязнь можливих побічних ефектів останньої; розуміння пацієнтом його відповідальності й ролі в ефективності лікування та ін.) [5, 8, 11, 12]. Крім того, особливе місце посідають хронічні захворювання, які зумовлюють у хворих виникнення клінічних проявів зі стійкими негативними наслідками [6, 9, 13]. Великий вплив на формування комплаєнса

© К.В. Шевченко-Бітенський, 2019

справляють коморбідна з основним захворюванням патологія, а також ускладнення основного захворювання психотичними розладами, які супроводжуються зниженням критичності до проявів хвороби [2, 4, 7, 13]. До таких захворювань належить деменція змішаного генезу, ускладнена галюцинаторно-параноїдними розладами. У сучасній літературі систематизовані уявлення щодо клінічних особливостей медикаментозного комплаєнса пацієнтів зі змішаною деменцією, ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами, відсутні. У зв'язку з цим дослідження у цьому напрямку має велике медико-соціальне значення.

**Мета даного дослідження** – установити особливості медикаментозного комплаєнса в пацієнтів зі змішаною деменцією, ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами.

#### **Матеріал і методи**

У дослідженні взяли участь 72 пацієнти зі змішаною деменцією, ускладненою психотичними розладами. З урахуванням критерію Expert Consensus Guidelines (2003) із усіх пацієнтів були виокремлені 23 хворі з повним медикаментозним комплаєнсом (ПМК), пропуск якими прийому медикаментів і процедур становив не більше 25 % від призначених; 25 пацієнтів із частковим медикаментозним комплаєнсом (ЧМК), пропуск якими прийому медикаментів і процедур дорівнював від 25 до 65 % від призначених та 24 пацієнти з низьким медикаментозним комплаєнсом (НМК), пропуск хворими з деменцією прийому медикаментів і процедур – більш ніж 65 % від призначених лікарем. Було сформовано дві групи: у основну групу ввійшли 49 пацієнтів зі змішаною деменцією, ускладненою психотичними розладами, із ЧМК та НМК, у контрольну – 23 пацієнти зі змішаною деменцією, ускладненою психотичними розладами, із ПМК.

У дослідженні було використано комплекс методів дослідження, зокрема клініко-психопатологічний метод, доповнений шкалою медикаментозного комплаєнса та шкалами GAF і SANS.

#### **Результати**

Дані, отримані при вивченні клінічних особливостей МК у хворих зі змішаною деменцією, ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами, подано в *табл. 1*.

Як видно з даних *табл. 1*, у хворих зі змішаною деменцією, ускладненою галюцинатор-

но-параноїдними розладами, із НМК і ЧМК статистично достовірними факторами, що знижують прихильність пацієнтів до медикаментозного лікування, виявились відмова (уникнення), ухилення хворих від прийому призначених лікарем ліків і процедур [(0,4±0,2) бала за  $p<0,01$ ], хворі ж зі змішаною деменцією контрольної групи від прийому медикаментів не відмовлялись і приймали препарати або самостійно, або під контролем медперсоналу або родичів [(1,7±0,3) бала за  $p<0,01$ ].

Пацієнти основної групи не мали бажання приймати ліки або давали пасивну згоду на їхній прийом за відсутності надії на ефект від їхнього використання [(0,8±0,3) бала за  $p<0,01$ ], у хворих із ПМК зацікавленість у прийомі ліків варіювала від активного ставлення до прийому препаратів, розуміння необхідності їхнього прийому до згоди на прийом препаратів за наявності сумнівів в їхній ефективності [(2,2±0,4) бала за  $p<0,01$ ].

У пацієнтів із НМК та ЧМК спостерігалась наявність в анамнезі фактів припинення або нерегулярності прийому ліків, раніше призначених лікарем [(1,2±0,3) бала за  $p<0,01$ ], у той час як у хворих контрольної групи анамнестичні відомості порушень медикаментозного комплаєнса варіювали в діапазоні від відсутності фактів порушень прийому медикаментів до випадків самостійного зниження дози [(3,1±0,4) бала за  $p<0,01$ ].

Крім того, у пацієнтів основної групи критика хвороби та її проявів або відсутня, або часткова [(0,8±0,3) бала за  $p<0,01$ ], тоді як у хворих контрольної групи рівень критики був вищим – хворі усвідомлювали симптоми хвороби і необхідність лікування [(2,1±0,4) бала за  $p<0,01$ ].

У пацієнтів основної групи мали місце коморбідні зі зловживанням алкоголю стани [(0,4±0,2) бала за  $p<0,01$ ]; у хворих із ПМК коморбідність зі зловживанням алкоголю спостерігалась у поодиноких випадках [(0,8±0,2) бала за  $p<0,01$ ].

У пацієнтів із НМК і ЧМК було зафіксовано низький рівень соціального функціонування [(0,5±0,3) бала за  $p<0,01$ ], у осіб контрольної групи – середній рівень соціального функціонування [(1,2±0,2) бала за  $p<0,05$ ].

Визначено негативне або неадекватне ставлення близького оточення хворих основної групи до проведення медикаментозного

Таблиця 1. Клінічні особливості медикаментозного комплаєнса у хворих зі змішаною деменцією, ускладненою психотичними розладами, бали ( $M \pm \sigma$ )

Клінічна ознака комплаєнса	Група хворих	
	основна	контрольна
<i>Ставлення до медикації</i>		
Поведінка при медикаментозному лікуванні	0,4±0,2 <sup>#</sup>	1,7±0,3
Зацікавленість у прийомі ліків	0,8±0,3 <sup>#</sup>	2,2±0,4
Побоювання, пов'язані з психотропною дією і побічними ефектами	2,1±0,3	2,4±0,3
Психологічно зумовлене саботування медикації	2,4±0,4	2,2±0,3
Анамнестичні відомості про порушення комплаєнса	1,2±0,3 <sup>#</sup>	3,1±0,4
Ставлення хворого до препаратів, що приймав раніше	1,2±0,3	1,4±0,3
Оцінка хворим ефективності прийнятого на даний момент препарату при монотерапії	1,0±0,3	1,2±0,3
Оцінка хворим ефективності прийнятої комбінації препаратів	1,0±0,3	1,2±0,4
Прийнятність парентерального способу введення препарату	0,3±0,4	0,4±0,3
Прийнятність перорального прийому препарату	0,4±0,2	0,5±0,2
<i>Ставлення до медикації</i>		
Задоволеність режимом прийому препарату	1,3±0,3	1,4±0,3
Доступність препарату	0,6±0,2	0,7±0,2
Інформація про час очікуваного початку дії препарату	0,6±0,2	0,7±0,3
<i>Фактори, пов'язані з пацієнтом</i>		
Усвідомлення хвороби	0,8±0,3 <sup>#</sup>	2,1±0,4
Рівень продуктивної симптоматики (шкала BPRS)	1,1±0,3	1,3±0,4
Рівень негативної симптоматики (шкала SANS)	0,6±0,3*	1,5±0,3
Частота рецидивування	1,1±0,3	1,3±0,3
Суїцидальні тенденції і тенденції до саморуйнівної поведінки	1,6±0,3	1,7±0,3
Коморбідні зі зловживанням психоактивними речовинами і / або розладами особистості	0,4±0,2*	0,8±0,2
Глобальний рівень соціального функціонування (шкала GAF)	0,5±0,3 <sup>#</sup>	1,2±0,2
Наявність когнітивних порушень	0,3±0,1	0,5±0,1
<i>Фактори, пов'язані з близьким оточенням</i>		
Рівень соціальної підтримки, включно з матеріальною	1,2±0,4	1,4±0,4
Ставлення близьких до медикації	0,5±0,3 <sup>#</sup>	2,6±0,3
<i>Фактори, пов'язані з лікарем</i>		
Терапевтичний альянс	0,7±0,1 <sup>#</sup>	1,7±0,3
Адекватність лікарського спостереження поза загостренням	1,5±0,3	1,5±0,4

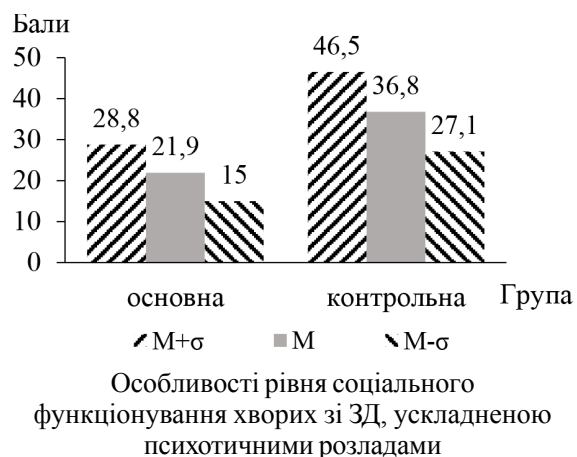
Примітка. Відмінності вірогідні: \*  $p < 0,05$ ; #  $p < 0,01$ .

лікування [(0,5±0,3) бала за  $p < 0,01$ ], у пацієнтів із ПМК зазначалось адекватне ставлення до медикаментозної терапії з боку близького оточення [(2,6±0,3) бала за  $p < 0,01$ ].

У пацієнтів із ЧМК і НМК зареєстровано низький рівень терапевтичного альянсу [(0,7±0,1) бала за  $p < 0,01$ ], у хворих із ПМК – середньо-високий рівень терапевтичного альянсу [(1,7±0,3) бала за  $p < 0,01$ ].

Крім того, у хворих основної групи встановлено високий рівень негативної симптоматики [(0,6±0,3) бала за  $p < 0,01$ ], у пацієнтів контрольної групи негативна симптоматика варіювала на середньо-низькому рівні [(1,5±0,3) бала за  $p < 0,01$ ].

За допомогою шкали GAF детально вивчено особливості рівня соціального функціонування хворих зі змішаною деменцією з низьким і частковим медичним комплаєнсом в порівнянні з показниками хворих контрольної групи, результати подано на *рисунку*.



Згідно з отриманими результатами, у хворих із НМК і ЧМК основної групи середньогруповий рівень глобального функціонування хворих становив (21,9±6,9) бала і варіював у межах від 15,0 до 28,8 бала ( $p < 0,05$ ). Для цих хворих характерним був діапазон соціального функціонування від нездатності функціонувати

в окремих сферах життєдіяльності (робота, сімейні відносини, побутова діяльність, самообслуговування і т. п.) до потреби в сторонньому нагляді для підтримки мінімальної життєдіяльності й особистої гігієни.

За змішаної деменції та ПМК середньогруповий рівень глобального функціонування хворих дорівнював (36,8±9,7) бала і варіював у межах від 27,1 до 46,5 бала ( $p < 0,05$ ). У пацієнтів цієї групи діапазон соціального функціонування був у межах від серйозних труднощів у соціальній і професійній сферах до поведінки, яка значною мірою визначалась психопатологічними і когнітивними розладами, що призводять до зниження здатності функціонувати в більшості соціальних сфер їхньої життєдіяльності.

Докладно вивчивши за допомогою шкали SANS особливостей негативної симптоматики у хворих зі змішаною деменцією, ускладнених галюцинаторно-параноїдними розладами, ми отримали такі дані (табл. 2).

Таблиця 2. Особливості негативної психопатологічної симптоматики у хворих зі змішаною деменцією, ускладненою психотичними розладами, бали ( $M \pm \sigma$ )

Показник	Група	
	основна	контрольна
Сплощення й ригідність афекту	11,8±2,5	8,5±2,3
Порушення мови	15,5±3,1	12,4±3,3
Апато-абулічні розлади	17,7±2,2 <sup>#</sup>	7,1±2,0
Ангедонія – асоціальність	11,6±3,4	8,6±2,4
Увага	10,8±2,0*	6,2±1,9

Примітка. Відмінності вірогідні: \*  $p < 0,05$ ; <sup>#</sup>  $p < 0,01$ .

Згідно з результатами дослідження, поданими в табл. 2, у хворих основної групи з особливостей негативної психопатологічної симптоматики, що статистично достовірно знижують медичний комплаєнс, були виражені апато-абулічні розлади: зниження фізичного й енергетичного потенціалу, продуктивності в роботі і соціально-побутовій сфері життєдіяльності, втрата інтересу в різних сферах життя і т. п. [(17,7±2,2) бала за  $p < 0,01$ ], у той час як у хворих контрольної групи зазначені розлади не перевищували рівень у (7,1±2,0) бали ( $p < 0,01$ ).

У пацієнтів із НМК і ЧМК зареєстровано й розлади уваги [(10,8±2,0) бала за  $p < 0,05$ ], а у хворих контрольної групи вираженість розладів уваги не перевищувала рівень у (6,2±1,9) бала ( $p < 0,05$ ).

### Обговорення результатів

Отже, за змішаної деменції, ускладненої психотичними розладами, факторами, що впливають на зниження медичного комплаєнса, є такі: відмова / ухилення від прийому призначених лікарем ліків і процедур та відсутність надії на ефект від їхнього використання; наявність в анамнезі хворих фактів припинення або нерегулярності прийому ліків, раніше призначених лікарем; відсутність або часткова критика щодо хвороби і її проявів; коморбідність зі зловживанням алкоголю; низький рівень соціального функціонування хворих; негативне або неадекватне ставлення близького оточення хворих до проведення медикаментозного лікування; низький рівень терапевтичного альянсу; високий рівень негативної симптоматики (виражені апато-абулічні розлади й розлади уваги).

### Висновки

На зниження медичного комплаєнса впливають: відмова / ухилення від прийому призначених лікарем ліків і процедур; негативне

ставлення до препаратів, що приймаються, та низька оцінка їхньої ефективності; відсутність або часткова критика хвороби і її проявів; коморбідність зі зловживанням алкоголю; низький рівень соціального функціонування та соціальної підтримки; низький рівень терапевтичного альянсу; високий рівень негативної симптоматики.

### Перспективність дослідження

Визначені фактори медичного комплаєнса в осіб зі змішаною деменцією, ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами, необхідно використовувати для вдосконалення психосоціальної реабілітації пацієнтів із даною патологією шляхом уключення діагностичних і психотерапевтичних засобів, спрямованих на покращання медичного комплаєнса.

**Список літератури**

1. *Квитчатая А. И.* Высокий комплаенс как фактор эффективности лечения [Электронный ресурс] / А. И. Квитчатая, А. Ф. Пиминов // Аптека. – 2012. – № 871 (50). – Режим доступа : <http://www.apteka.ua/article/magazine/87113>.
2. *Коц Я. И.* Комплаентность как фактор повышения эффективности лечения больных с хронической сердечной недостаточностью / Я. И. Коц, И. С. Митрофанова // Российский медицинский журнал. – 2007. – № 4. – С. 4–7.
3. *Данилов Д. С.* Терапевтическое сотрудничество больных шизофренией и врача (значение для эффективности лечения, механизмы формирования и методы коррекции) / Д. С. Данилов // Неврология. Нейропсихиатрия. Психосоматика. – 2011. – № 2. – С. 17–24.
4. Врач–пациент: сотрудничество в решении проблем здоровья : сб. статей междунар. науч.-практ. конф., 26–27 октября 2017 года / отв. ред. М. Ю. Сурмач, Я. Бараньски. – Гродно : ГрГМУ, 2017. – 276 с.
5. *Cramer J. A.* Partial medication compliance: the enigma in poor medical outcomes / J. A. Cramer // American Journal of Managed Care. – 1995. – Vol. 1. – P. 45–52.
6. *Kirchner J. T.* Patient compliance in filling new prescriptions. (Brief article) / J. T. Kirchner // American Family Physician. – 2000. – Vol. 62 (1). – P. 268.
7. *Kripalani S.* Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: a systematic review / S. Kripalani, X. Yao, R. B. Haynes // Arch. Intern. Med. – 2007. – Vol. 167. – P. 540–550.
8. Комплаенс хворих на алкогольну залежність: психологічні чинники формування, типологія, система психокорекції (методичні рекомендації) / уклад. Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова, О. І. Мінко, Н. М. Лісна. – Харків, 2011. – 24 с.
9. *Марута Н. О.* Клініко-психологічні особливості хворих на депресію з різним рівнем медикаментозного комплаенсу (діагностика і корекція) / Н. О. Марута, Д. О. Жупанова // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, вип. 1 (86). – С. 5–11.
10. *Байрак Д.* Комплаенс в медицине: знание – ключ к успеху [Электронный ресурс] / Д. Байрак // Новости медицины и фармации. – 2011. – № 4 (354). – Режим доступа : <http://www.mif-ua.com/archive/article/16158>.
11. *Банщиков Ф. Р.* Комплаенс в психиатрии: реальность и перспективы / Ф. Р. Банщиков // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2006. – Т. 3, № 4. – С. 60–68.
12. *Вудворд Дж.* Комплаенс, приверженность, согласие – дело не в названии / Дж. Вудворд, Д. Эддридж // Новая медицина тысячелетия. – 2011. – № 5. – С. 16–19.
13. *Лутова Н. Б.* Комплаенс и психопатологическая симптоматика / Н. Б. Лутова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – № 3. – С. 59–64.

**References**

1. Kvitchataia A.I., Piminov A.F. (2012). Vysokii komplaiiens kak faktor effektivnosti lecheniia [High compliance as a factor in the effectiveness of treatment]. *Apteka – Pharmacy*, № 871 (50). Retrieved from <http://www.apteka.ua/article/magazine/87113> [in Russian].
2. Kots Ya.I., Mitrofanova I.S. (2007). Komplaiientnost kak faktor povysheniia effektivnosti lecheniia bolnykh s khronicheskoi serdechnoi nedostatocnostiu [Compliance as a factor in increasing the effectiveness of treatment of patients with chronic heart failure]. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal – Russian Medical Journal*, № 4, pp. 4–7 [in Russian].
3. Danilov D.S. (2011). Terapevticheskoe sotrudnichestvo bolnykh shizofreniiei i vracha (znachenie dlia effektivnosti lecheniia, mekhanizmy formirovaniia i metody korrektsii) [Therapeutic cooperation of patients with schizophrenia and a doctor (importance for the effectiveness of treatment, formation mechanisms and correction methods)]. *Nevrologiia. Neiropsikhiatriia. Psikhosomatika – Neurology. Neuropsychiatry. Psychosomatics*, № 2, pp. 17–24 [in Russian].
4. Surmach M.Yu., Baranski Ya. (Executive Eds.) (2017). *Vrach–patsient: sotrudnichestvo v reshenii problem zdorovia: sbornik statei mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii (26–27 oktiabria 2017 hoda)* [Doctor–patient: cooperation in solving health problems: Collection of articles of the international scientific-practical conference, October 26–27, 2017]. Grodno: HrHMU, 276 p. [in Russian].

5. Cramer J.A. (1995). Partial medication compliance: the enigma in poor medical outcomes. *American Journal of Managed Care*, vol. 1, pp. 45–52.
6. Kirchner J.T. (2000). Patient compliance in filling new prescriptions. (Brief article). *American Family Physician*, vol. 62 (1), pp. 268.
7. Kripalani S., Yao X., Haynes R.B. (2007). Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: a systematic review. *Arch. Intern. Med.*, vol. 167, pp. 540–550.
8. Maruta N.O., Shestopalova L.F., Minko O.I., Lisna N.M. (Compilers). (2011). Komplaiens khvorykh na alkoholnu zalezhnist: psykholohichni chynnyky formuvannia, typolohiia, systema psykhotkorektsii (metodychni rekomendatsii) [Compliance of patients with alcohol addiction: psychological factors of formation, typology, system of psychocorrection (methodical recommendations)]. Kharkiv, 24 p. [in Ukrainian].
9. Maruta N.O., Zhupanova D.O. (2016). Kliniko-psykholohichni osoblyvosti khvorykh na depresiiu z riznym rivnem medyamentoznoho komplaiensa (diahnostyka i korektsiia) [Clinical and psychological features of patients with depression with different levels of drug compliance (diagnosis and correction)]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Journal of Psychoneurology*, vol. 24, issue 1 (86), pp. 5–11 [in Ukrainian].
10. Bairak D. (2011). Komplaiens v meditsine: znaniie – kliuch k uspekhu [Compliance in medicine: knowledge is the key to success]. *Novosti meditsyny i farmatsii – News of Medicine and Pharmacy*, № 4 (354). Retrieved from <http://www.mif-ua.com/archive/article/16158> [in Russian].
11. Banshchikov F.R. (2006). Komplaiens v psikhiiatrii: realnost i perspektivy [Compliance in Psychiatry: Reality and Prospects]. *Obozreniie psikhiiatrii i meditsinskoii psikhologii – Review of Psychiatry and Medical Psychology*, vol. 3, № 4, pp. 60–68 [in Russian].
12. Vudvord Dzh., Eldridzh D. (2011). Komplaiens, priverzhennost, sohlasiiie – delo ne v nazvanii [Compliance, commitment, agreement, is business not in the name]. *Novaia meditsina tysiacheletia – New Millennium Medicine*, № 5, pp. 16–19 [in Russian].
13. Lutova N.B. (2012). Komplaiens i psikhopatolohicheskaia simptomatika [Compliance and psychopathological symptoms]. *Obozreniie psikhiiatrii i meditsinskoii psikhologii – Review of Psychiatry and Medical Psychology*, № 3, pp. 59–64 [in Russian].

#### **К.В. Шевченко-Битенский**

#### **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЕНСА ПАЦИЕНТОВ СО СМЕШАННОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

В исследовании приняли участие 72 пациента со смешанной деменцией, осложненной галлюцинаторно-параноидными расстройствами. В основную группу вошли 49 пациентов с частичным и неполным медицинским комплаенсом, в контрольную – 23 пациента с полным медицинским комплаенсом. У обследованных установлены особенности медикаментозного комплаенса. Выявлены факторы, влияющие на снижение медицинского комплаенса: отказ / уклонение от приема назначенных врачом лекарств и процедур; негативное отношение к принимаемым препаратам и низкая оценка их эффективности; отсутствие или частичная критика болезни и ее проявлений; коморбидность со злоупотреблением алкоголя; низкий уровень социального функционирования и социальной поддержки; низкий уровень терапевтического альянса; высокий уровень негативной симптоматики.

**Ключевые слова:** смешанные деменции, медицинский комплаенс, галлюцинаторно-параноидные расстройства.

#### **К. V. Shevchenko-Bitensky**

#### **CLINICAL PECULIARITIES OF MEDICINAL COMPLIANCE OF PATIENTS WITH MIXED DEMENTIA COMPLICATED BY HALLUCINATORY-PARANOID DISORDERS**

The study involved 72 patients with mixed dementia complicated by hallucinatory-paranoid disorders. The main group consisted of 49 patients with partial and incomplete medical compliance, the control group consisted of 23 patients with full medical compliance. The examined established features of drug compliance. The factors affecting the reduction of medical compliance were established: refusal / evasion from taking medications and procedures prescribed by a doctor; negative attitude to the drugs and low

assessment of their effectiveness; the absence or partial criticism of the disease and its manifestations; alcohol abuse comorbidity; low level of social functioning and social support; low level of therapeutic alliance; high level of negative symptoms.

**Keywords:** *mixed dementia, medical compliance, hallucinator-paranoid disorders.*

*Надійшла 13.05.19*

#### **Відомості про автора**

*Шевченко-Бітенський Костянтин Валерійович* – старший науковий співробітник Державної установи «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології Міністерства охорони здоров'я України» (м. Одеса).

Адреса: 65014, м. Одеса, Лермонтовський пров., 6.

Тел.: +38(063)111-36-94.

E-mail: shevchenko.bitensky.k@gmail.com; 380482@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4572-3539>.