

УДК 616.32/.33-002-022.7-036.12-053.2-035.1/.3+615.281.9

DOI 10.18413/2075-4728-2018-41-3-464-472

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ РОДИТЕЛЬСКОГО КОМПЛАЕНСА

## THE EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF ULCER DISEASE IN CHILDREN DEPENDING ON THE LEVEL OF PARENTAL COMPLIANCE

**А.В. Налётов, А.С. Барина, О.Г. Горшков**  
**A.V. Nalyotov, A.S. Barinova, O.G. Gorshkov**

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького,  
ДНР, 283003, г. Донецк, пр. Ильича, д. 16

Donetsk National Medical University name M. Gorky,  
16 Illich Ave., Donetsk, 283003, Donetsk People's Republic

E-mail: nalyotov-a@mail.ru

### Аннотация

Целью работы было оценить эффективность использования традиционной антихеликобактерной схемы терапии в лечении детей, страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, в зависимости от уровня родительского комплаенса. Обследовано 80 детей старшего школьного возраста, страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *H. pylori*. Всем детям с хронической гастродуоденальной патологией была назначена традиционная антихеликобактерная схема терапии с использованием кларитромицина, амоксициллина, омепразола длительно — 14 дней. Установлено, что строгое соблюдение режима и длительности приема назначенных препаратов позволяет достичь высокого уровня эрадикации *H. pylori* даже при использовании традиционной антихеликобактерной схемы. Проведение «тренинга комплаентности» перед началом терапии является важным фактором, повышающим уровень родительского комплаенса у пациентов с воспалительно-деструктивными заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки.

### Abstract

At the present time, the therapy of most diseases requires special attention not only from the treating physician, but also from the patient. In turn, in the treatment of children, the monitoring of compliance with the treatment is carried out not by the patient, but by his parents who control the regimen of taking medications. The aim of the study was to determine the efficacy of the traditional *H. pylori* regimens in the treatment of children suffering from ulcer disease, depending on the level of parental compliance. 80 children of school age suffering from peptic ulcer disease duodenal ulcer associated with *H. pylori* were examined. The traditional anti-*H. pylori* therapy scheme containing omeprazole, clarithromycin lasting 14 days was prescribed for all children with chronic gastroduodenal pathology. It is established that strict adherence to the regimen and duration of administration of prescribed drugs allows achieving a high level of eradication of *H. pylori* even with the use of the traditional anti-*Helicobacter pylori*. Conducting a "compliance training" before starting therapy is an important factor that increases the level of parental compliance in patients with inflammatory-destructive diseases of the stomach and duodenum. Establishment of interpersonal relationships in the "doctor-patient-parent" system, working with parents, aimed at explaining the essence of the disease, the consequences of the disease, treatment tactics are an important stage in the therapy of a sick child.

**Ключевые слова:** комплаентность, антихеликобактерная терапия, дети, *Helicobacter pylori*.

**Keywords:** compliance, anti-*Helicobacter* therapy, children, *Helicobacter pylori*.

## Введение

Инфекция *Helicobacter pylori* (HP) рассматривается в качестве основной причины развития хронической гастродуоденальной патологии (ХГДП) и формирования ее наиболее тяжелых форм среди пациентов различных возрастных групп. На сегодняшний день большинство аспектов проблемы эрадикации HP в педиатрической практике остаются нерешенными [Налетов, 2015]. Согласно международным рекомендациям Маастрихт V, антихеликобактерная терапия является основным стандартом лечения пациентов с воспалительно-деструктивными процессами желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Однако в последние годы наблюдается ряд проблем, связанных с развитием резистентности HP к антибиотикам, которые традиционно используются для эрадикации данного микроорганизма.

Согласно рекомендациям Маастрихт V и Киотского глобального консенсуса по HP-ассоциированному гастриту, главными направлениями повышения эффективности антихеликобактерной терапии у пациентов с ХГДП является применение высоких доз ингибиторов протонной помпы, удлинение курса приема антибиотиков до 14 дней, четырехкомпонентные, последовательные (sequential) схемы антибиотикотерапии, использование фторхинолонов [Malfertheiner et al., 2012; Sugano et al., 2015; Malfertheiner et al., 2017; Старостин, 2017]. Однако данные рекомендации в педиатрической практике остаются трудно применимыми в связи с высокой частотой развития побочных эффектов и малого опыта использования ряда препаратов в детском возрасте [Налетов, 2015].

Опасная тенденция к эскалации количества и дозы антибактериальных препаратов, кратности их приема и продолжительности курса эрадикационной терапии значительно затрудняет пациенту соблюдение протокола лечения, снижает его качество жизни, увеличивает частоту побочных эффектов, связанных с системным действием антибиотиков, что приводит к снижению комплаентности пациента и способствует дальнейшему росту резистентности HP [Циммерман и др., 2015]. Особенно данный вопрос является актуальным в педиатрической практике, учитывая высокую распространенность инфекции HP, а также широкое применение антибактериальной терапии в детском возрасте [Рафальский, 2012].

Контроль над регулярным выполнением пациентом назначений лечащего врача является на сегодня залогом эффективной терапии любого заболевания, особенно это является актуальным в отношении хронической патологии. Несмотря на внедрение в современную практическую медицину новых медикаментозных схем, лечение множества хронических заболеваний в амбулаторной практике остается резистентным к проводимой терапии в связи с тем, что сам пациент активно не соблюдает (по разным причинам) прием назначенных ему препаратов.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), комплаентность – соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием препаратов, соблюдение диеты и/или изменение образа жизни. Синонимами данного термина являются «adherence» (приверженность), «comprehensive disease management» (управление болезнью), «concordance» (соответствие), «persistence» (настойчивость) [Пиманов и др., 2014.; Дурлештер и др., 2015; Новикова и др., 2015]. Часто под комплаентностью понимается осознанное сотрудничество врача и пациента, а также членов его семьи, выступающее обязательным условием любого лечения и обеспечивающее эффективность терапии. Качество взаимоотношений между врачом и пациентом в настоящее время признано краеугольным камнем современной медицины [Василенко, 2011]. Приверженность пациента к терапии, активное его участие в процессе лечения и строгое соблюдение назначенных ему медикаментозных схем, лечебного режима, диетотерапии имеет огромное значение в лечении хронических заболеваний и является важной составляющей успеха терапии [Налетов и др., 2017].

Строгое соблюдение пациентами врачебных рекомендаций возможно только в условиях стационарного лечения, где осуществляется сестринский контроль за проводимой терапией. В обычных амбулаторных условиях показатель комплаенса варьирует в широких пределах: от 25 % до 75 % [Лапин, 2012; Мартынов, 2012].

Проблема комплаентности среди пациентов, страдающих хронической патологией желудочно-кишечного тракта, в настоящее время является особенно актуальной, учитывая склонность данных заболеваний к хроническому, рецидивирующему течению, ведущему к значительному снижению качества жизни больного, длительной ограниченности в приеме ряда продуктов и напитков (диетотерапии), изменению туалетных привычек. А это, усугубляя течение заболевания, обязательно сказывается на психологическом состоянии пациента, разочаровывает пациентов в лечении и не воодушевляет врачей [Кремлева, 2013, Белякова, 2014]. Приверженность лечению является важной частью эрадикационной терапии инфекции НР при язвенной болезни (ЯБ) и наиболее важным элементом, обуславливающим эффективность лечения. Однако у многих пациентов в какой-то период возникают проблемы с приверженностью лечению, даже если ранее уровень комплаентности у них был высоким [Дробижев и др., 2012].

Результаты исследований указывают на особенные сложности достижения комплаентности в педиатрии. При лечении пациентов детского возраста контроль за соблюдением проводимой терапии в амбулаторных условиях в большей степени ложится не на пациента, а на его родителей, контролирующих режим приема препаратов [Налетов и др., 2017]. Краткосрочность амбулаторного приема, большие очереди в поликлиниках, психологическое напряжение пациентов и их родителей в значительной мере препятствуют продуктивному общению, установлению терапевтического альянса и созданию комплаентного поведения [Асриян, 2016].

С целью повышения приверженности пациентов к лечению необходимо соблюдение следующих условий: четкое обозначение перед пациентом цели и задач проводимой терапии; информирование пациента о заболевании, которым он страдает, возможных побочных эффектах от принимаемых им препаратов, а также стоимости лечения; оценка факторов, которые могут привести к снижению приверженности терапии в каждом конкретном случае, определение психологической готовности пациента перед началом терапии, его образа жизни, семейных взаимоотношений [Аведисова, 2012]. Соблюдение данных пунктов является особенно актуальным в педиатрической практике, учитывая в ряде случаев повышенную настороженность родителей в отношении принимаемых ребенком препаратов и ограниченность финансовых возможностей семьи. Также необходимым является информирование пациента либо его родителей о возможных сроках появления первых клинических улучшений от проводимой терапии. Незнание этих временных рамок может привести к предположению о неэффективности лечения, что грозит преждевременным завершением курса терапии либо самовольной смене препарата.

На наш взгляд, активное включение провизоров (в чьи компетенции входит оказание консультативной помощи как населению, так и специалистам по вопросам применения лекарственных средств) в мероприятия, направленные на повышение комплаентности пациентов детского возраста и их родителей в условиях загруженности врачей первичного этапа амбулаторно-поликлинической медицинской помощи детям может способствовать оптимизации проводимой пациенту терапии.

**Цель:** оценить эффективность использования традиционной антихеликобактерной схемы терапии в лечении детей, страдающих язвенной болезнью (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК), в зависимости от уровня родительского комплаенса.

### Материалы и методы исследования

На базе Городской детской клинической больницы № 1 г. Донецка и Медицинского центра «Гастро-лайн» г. Донецка было обследовано 80 детей старшего школьного возраста (12-17 лет), страдающих ЯБ ДПК, ассоциированной с НР.

Диагноз ЯБ ДПК устанавливали на основании клинической картины заболевания, данных эндоскопического исследования и морфологического изучения биоптатов слизистой оболочки желудка и ДПК. Диагностику инфекции НР проводили двумя методами (инвазивным и неинвазивным). Для быстрого уреазного теста с биопсийным материалом

использовали тест-систему «Хелпил» (ООО «АМА», Россия). Уреазный дыхательный тест проводили с помощью тест-системы «Хелик» с индикаторными трубками (ООО «АМА», Россия). Об инфицировании НР говорили в случае получения положительных результатов обоих методов.

При помощи разработанного нами опросника для определения уровня родительской комплаентности (комплаентны, частично комплаентны, некомплаентны) перед лечением было проведено анонимное анкетирование родителей пациентов, включенных в исследование. В дальнейшем все пациенты были разделены на две группы: основную и группу сравнения. В каждой группе было по 40 детей. Пациентам обеих групп была проведена эрадикация НР в амбулаторных условиях, учитывая тяжесть заболевания, с использованием антихеликобактерной схемы: омепразол, кларитромицин, амоксициллин – курсом 14 дней. Пациентам основной группы лечение было назначено в ходе консультативного приема детского гастроэнтеролога на базе Городской детской клинической больницы №1 г. Донецка. Пациенты группы сравнения в присутствии родителей перед началом терапии были проконсультированы детским гастроэнтерологом и провизором в медицинском центре «Гастро-лайн» г. Донецка. Во время 20-ти минутного приема с целью повышения уровня комплаентности для родителей и ребенка был проведен «тренинг комплаентности»: врач доступно разъяснял информацию о причинах и механизмах развития заболевания, необходимости и целесообразности строгого соблюдения двухнедельного курса антихеликобактерной терапии, включающего 2 антибиотика. В свою очередь провизор во время тренинга осветил вопросы о режиме приема препаратов, возможных побочных эффектах проводимой терапии, взаимодействии компонентов предложенной медикаментозной схемы, а также озвучил примерную сумму затрат на лечение. На тренинге был составлен дневник для заполнения с указанием ежедневного порядка приема лекарств по схеме. В дальнейшем, каждые три дня, провизор созванивался с родителями пациента и отвечал на интересующие их вопросы о порядке и режиме приема препаратов.

При контрольном визите после проведенного лечения у детей оценивали динамику клинической симптоматики, а также уровень родительской комплаентности в отношении проведенной терапии. Для определения эффективности проведенной эрадикации при контрольном обследовании использовали неинвазивный дыхательный уреазный тест, который проводили через 4-6 недель после завершения терапии.

В дальнейшем все пациенты основной группы и группы сравнения были разделены на три группы в зависимости от установленного уровня комплаентности их родителей, определенного при контрольном визите: первая группа (15 детей) – дети из семей с низкой комплаентностью; вторая группа (23 ребенка) – из семей с частичной родительской комплаентностью; третья группа (42 ребенка) – из семей с комплаентными родителями. Была изучена эффективность антихеликобактерной терапии в зависимости от степени родительского комплаенса.

Статистически значимой разницы по возрасту между группами сравнения не выявлено ( $p > 0.05$ , дисперсионный анализ), статистически значимого различия распределения по полу не выявлено ( $p > 0.05$ , дисперсионный анализ).

Для статистического анализа данных был использован пакет STATISTICA 6. Сравнения групп количественных данных осуществлялись с использованием однофакторного анализа и методов множественных сравнений: метод Шеффе (в случае нормального закона распределения); метод множественных сравнений Данна (в случае отличия закона распределения от нормального). Сравнение средних качественных данных было выполнено с использованием парного сравнения доли (угловое преобразование Фишера с учетом поправки Йейтса). В случае множественного сравнения доли была использована поправка Бонферрони. В таблице 1-2 приводится среднее значение показателя частоты проявления признака (%) и его стандартная ошибка ( $m$  %), в таблице 3-5 приводится среднее значение показателя частоты проявления признака (%) и его 95 % доверительный интервал (95 % ДИ).

## Результаты и обсуждение

Исходный уровень родительского комплаенса в группах сравнения не имел статистически значимых отличий ( $p > 0.05$ ) (табл. 1).

Таблица 1  
Table 1

Оценка исходного уровня родительской комплаентности в группах пациентов  
Assessment of the initial level of parental competence in the groups of patients

Уровень родительской комплаентности	Основная группа (n=40) абс. (% $\pm$ m%)	Группа сравнения (n=40) абс. (% $\pm$ m%)	Уровень значимости различия, p
Некомплаентны	14 (35.0 $\pm$ 7.5 %)	13 (32.5 $\pm$ 7.4 %)	>0.05
Частично комплаентны	14 (35.0 $\pm$ 7.5 %)	14 (35.0 $\pm$ 7.5 %)	
Комплаентны	12 (30.0 $\pm$ 7.2 %)	13 (32.5 $\pm$ 7.4 %)	

После проведения двухнедельного курса антихеликобактерной терапии было проанализировано влияние проведенного «тренинга комплаентности» на повышение приверженности родителей детей, страдающих ХГДП, ассоциированной с НР. Уровень значимости отличий по распределению уровня родительского комплаенса в семьях обследованных пациентов был статистически значимым:  $p < 0.001$  (табл. 2). При этом в группе сравнения преобладали пациенты, родители которых были полностью привержены к проведенному их ребенку курсу эрадикационной терапии: 30 (75.0 $\pm$ 6.8 %) детей в отличие от основной группы, где показатели уровня родительской комплаентности не имели статистически значимого ( $p > 0.05$ ) отличия относительно исходных показателей. Данная положительная динамика комплаенса среди пациентов группы сравнения, на наш взгляд, является результатом проведенного перед началом антихеликобактерной терапии «тренинга комплаентности» с родителями пациентов данной группы.

Таблица 2  
Table 2

Оценка уровня родительской комплаентности в группах пациентов при контрольном визите  
Assessment of parental competence level in the groups of patients during the control visit

Уровень родительской комплаентности	Основная группа (n=40) абс. (% $\pm$ m%)	Группа сравнения (n=40) абс. (% $\pm$ m%)	Уровень значимости различия, p
Некомплаентны	13 (32.5 $\pm$ 7.4 %)	2 (5.0 $\pm$ 3.4 %)	<0.001
Частично комплаентны	15 (37.5 $\pm$ 7.7 %)	8 (20.0 $\pm$ 6.3 %)	
Комплаентны	12 (30.0 $\pm$ 7.2 %)	30 (75.0 $\pm$ 6.8 %)	

При изучении эффективности эрадикации инфекции НР между группами сравнения были установлены статистически значимые различия по данному показателю ( $p < 0.001$ ). Среди пациентов основной группы эрадикация НР была достигнута у 47.5 % (95 % ДИ 31.9 % – 63.3 %) пациентов. У пациентов группы сравнения доля эффективной эрадикации была значимо выше относительно детей основной группы: 87.5 % (95 % ДИ 75.2 % – 96.0 %) детей. При изучении влияния уровня комплаентности на эффективность эрадикации НР были установлены статистически значимые различия по данному показателю между группами сравнения ( $p < 0.01$ ). Данные результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3  
Table 3

Влияние уровня комплаентности на эффективность эрадикации  
Influence of the level of compliance on the effectiveness of eradication

Группа комплаентности	Доля эффективной эрадикации
Первая (некомплаентны)	6.7 % (95 % ДИ 0.0 % – 26.3 %) <sup>1,2</sup>
Вторая (частично комплаентны)	56.5 % (95 % ДИ 35.1 % – 76.7 %) <sup>1,3</sup>
Третья (комплаентны)	95.2 % (95 % ДИ 86.5% – 99.6 %) <sup>2,3</sup>

Примечание:

- <sup>1</sup> – отличие первой от второй группы сравнения статистически значимо (p<0.009);
- <sup>2</sup> – отличие первой от третьей группы сравнения статистически значимо (p<0.001);
- <sup>3</sup> – отличие второй от третьей группы сравнения статистически значимо (p=0.002).

Наиболее эффективной эрадикация была в третьей группе сравнения (комплаентные родители): 95.2 % (95 % ДИ 86.5 % – 99.6 %), что превышает минимально допустимый уровень эрадикации в 80–90 % при проведении антихеликобактерных схем лечения, рекомендованных международными и национальными руководствами. При этом уровень эрадикации в третьей группе был статистически значимо выше (p<0.001) относительно пациентов как с частичной родительской комплаентностью, так и некомплаентных пациентов (p=0.002). В дальнейшем была изучена динамика клинических синдромов ЯБ ДПК (болевой и диспептический) в группах сравнения. Среди пациентов основной группы на фоне проведенного курса антихеликобактерной терапии жалобы на наличие боли в животе сохранялись у 37.5 % (95 % ДИ 22.9 % – 53.4 %) пациентов. У пациентов группы сравнения данные жалобы выявлялись при контрольном визите у 17.5 % (95 % ДИ 7.2 % – 31.1 %) детей.

При изучении влияния уровня комплаентности на эффективность купирования абдоминального болевого синдрома у пациентов с ЯБ ДПК были установлены достоверные различия между группами сравнения (табл. 4).

Таблица 4  
Table 4

Влияние уровня комплаентности на эффективность купирования  
абдоминального болевого синдрома  
The influence of the level of compliance on the effectiveness of abdominal pain relief

Группа комплаентности	Доля эффективной эрадикации
Первая (некомплаентны)	80.0 % (95 % ДИ 54.4 % – 96.6 %) <sup>1,2</sup>
Вторая (частично комплаентны)	26.1 % (95 % ДИ 9.9 % – 46.7 %) <sup>1,3</sup>
Третья (комплаентны)	9.5 % (95 % ДИ 2.5% – 20.5 %) <sup>2,3</sup>

Примечание:

- <sup>1</sup> – отличие первой от второй группы сравнения статистически значимо (p=0.01);
- <sup>2</sup> – отличие первой от третьей группы сравнения статистически значимо (p<0.001);
- <sup>3</sup> – отличие второй от третьей группы сравнения статистически не значимо (p=0.39).

Установлено, что различия между группами сравнения по среднему значению доли пациентов с жалобами на наличие абдоминального болевого синдрома в зависимости от уровня родительской комплаентности являются статистически значимыми (p<0.05). При этом наибольшая доля пациентов с сохраняющимся абдоминальным болевым синдромом установлена в группе пациентов с некомплаентными родителями, что статистически значимо выше относительно пациентов с частичной родительской комплаентностью (p=0.01) и детей с комплаентными родителями (p<0.001). Стоит отметить, что не выявлено стати-

стически значимого различия ( $p=0.39$ ) по доле пациентов с сохраняющимися жалобами на боль в животе между пациентами второй и третьей групп.

При изучении динамики диспептического синдрома на фоне проводимого лечения установлено, что среди пациентов основной группы при контрольном визите диспептический синдром сохранялся у 35.0 % (95 % ДИ 20.8 % – 50.8 %) детей. У пациентов группы сравнения данные жалобы были выявлены при контрольном визите у 10.0 % (95 % ДИ 2.6 % – 21.5 %). Различие показателей установлено на уровне значимости  $p=0.015$ .

При изучении влияния уровня комплаентности на эффективность купирования диспептического синдрома у детей с ЯБ ДПК также были установлены достоверные различия по данному показателю между группами сравнения (табл. 5).

Таблица 5  
Table 5

Влияние уровня комплаентности на эффективность купирования диспептического синдрома  
The influence of the level of compliance on the effectiveness of dyspeptic syndrome

Группа Комплаентности	Доля эффективной эрадикации
Первая (некомплаентны)	80.0 % (95 % ДИ 54.4 % – 96.6 %) <sup>1,2</sup>
Вторая (частично комплаентны)	8.7 % (95 % ДИ 0.7 % – 24.3 %) <sup>1,3</sup>
Третья (комплаентны)	9.8 % (95 % ДИ 2.5% – 21.0 %) <sup>2,3</sup>

Примечание:

<sup>1</sup> - отличие первой от второй группы сравнения статистически значимо ( $p<0.001$ );

<sup>2</sup> - отличие первой от третьей группы сравнения статистически значимо ( $p<0.001$ );

<sup>3</sup> - отличие второй от третьей группы сравнения статистически не значимо ( $p=0.95$ ).

Выявлено, что различия между группами сравнения по среднему значению доли пациентов с сохраняющимся диспептическим синдромом при контрольном визите в зависимости от уровня родительского комплаенса являются статистически значимыми ( $p<0.05$ ). Так, наибольшая доля пациентов с наличием абдоминального болевого синдрома при контрольном исследовании установлена в первой группе, что статистически значимо выше относительно второй и третьей групп пациентов. Тем не менее, не выявлено статистически значимого различия ( $p=0.95$ ) между группами пациентов второй и третьей групп.

### Выводы

Таким образом, строгое соблюдение режима и длительности приема назначенных препаратов у детей с ЯБ ДПК позволяет достичь высокого уровня эрадикации НР даже при использовании традиционной антихеликобактерной схемы и при этом добиться более эффективного купирования основных клинических синдромов заболевания. В свою очередь, проведение «тренинга комплаентности» в тандеме врач-провизор перед началом терапии является важным фактором, повышающим уровень родительского комплаенса у пациентов с воспалительно-деструктивными заболеваниями желудка и ДПК, что находит свое отражение в повышении эффективности лечения.

### Список литературы References

1. Аведисова А.С. 2012. Проблемы длительной терапии хронических заболеваний: комплаенс – отказ от терапии – мотивация к лечению. Эффективная фармакология. Эндокринология. 48: 64–69.

Avedisova A.S. 2012. Problemy dlitel'noj terapii hronicheskikh zabolevanij: komplajens – otkaz ot terapii – motivacija k lecheniju [Problems of long-term therapy of chronic diseases: compliance – refusal of therapy – motivation to treatment]. *Jeffektivnaja farmakologija. Jendokrinologija*. 48: 64–69. (in Russian)

2. Асриян О.Б. 2016. COMPLAENS как результат коммуникативной компетентности врача. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 4: 93–97.

Asrijan O.B. 2016. Komplajens kak rezul'tat kommunikativnoj kompetentnosti vracha [Compliance as a result of doctor's communicative competence]. *Tihookeanskij medicinskij zhurnal*. 4: 93–97. (in Russian)

3. Белякова С.В. 2014. Приверженность к лечению больных хроническим панкреатитом в Московской области. *Альманах клинической медицины*. 33: 64–70.

Beljakova S.V. 2014. Priverzhennost' k lecheniju bol'nyh hronicheskim pankreatitom v Moskovskoj oblasti [Adherence to the treatment of patients with chronic pancreatitis in the Moscow region]. *Al'manah klinicheskoy mediciny*. 33: 64–70. (in Russian)

4. Василенко А.Г. 2011. Анализ причин низкой приверженности к лечению пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника. *Вестник Челябинской областной клинической больницы*. 3 (4): 31–34.

Vasilenko A.G. 2011. Analiz prichin nizkoj priverzhennosti k lecheniju pacientov s vospalitel'nymi zabolevanijami kishchnika [Analysis of the causes of low adherence to treatment of patients with inflammatory bowel diseases]. *Vestnik Cheljabinskoj oblastnoj klinicheskoy bol'nicy*. 3 (4): 31–34. (in Russian)

5. Дробижев М.Ю., Лапина Т.П. 2012. Диалог гастроэнтеролога и психиатра о приверженности лечению как ключевому аспекту эрадикационной терапии инфекции *Helicobacter pylori* при язвенной болезни. *Consilium Medicum. Гастроэнтерология*. 1: 8–10.

Drobizhev M.Ju., Lapina T.P. 2012. Dialog gastrojenterologa i psihiatra o priverzhennosti lecheniju kak kljuчевому aspektu jeradikacionnoj terapii infekcii *Helicobacter pylori* pri jazvennoj bolezni [Dialogue between gastroenterologist and psychiatrist about adherence to treatment as a key aspect of eradication therapy of *Helicobacter pylori* infection in peptic ulcer disease]. *Consilium Medicum. Gastrojenterologija*. 1: 8–10. (in Russian)

6. Дурлештер В.М., Корочанская Н.В., Сердюк А.А. 2015. Школа для пациентов как метод повышения комплаентности у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной суб- и декомпенсированным стенозом. *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. 1–2: 64–68.

Durleshter V.M. Korochanskaja N.V., Serdjuk A.A. 2015. Shkola dlja pacientov kak metod povyshenija komplajentnosti u bol'nyh jazvennoj bolezni dvenadcatiperstnoj kishki, oslozhnennoj sub- i dekompensirovannym stenozom [School for patients as a method of improving compliance in patients with duodenal ulcer complicated by sub-and decompensated stenosis]. *Vestnik hirurgicheskoy gastrojenterologii*. 1–2: 64–68. (in Russian)

7. Кремлева О.В. 2013. Проблемы некомплаентности в соматической клинике, тактики преодоления. *Медицинская психология в России*. 4 (21).

Kremleva O.V. 2013. Problemy nonkomplajentnosti v somaticheskoy klinike, taktiki preodolenija [Problems of noncompliance in somatic clinic, tactics of overcoming]. *Medicinskaja psihologija v Rossii*. 4 (21). (in Russian)

8. Лапин И.П. 2012. Отношение пациента к эффектам лекарства как причина отказа от фармакотерапии. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 3: 112–115.

Lapin I.P. 2012. Otnoshenie pacienta k jeffektam lekarstva kak prichina otkaza ot farmakoterapii [The patient's attitude to the effects of the drug as a reason for refusal of pharmacotherapy]. *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Behtereva*. 3: 112–115. (in Russian)

9. Мартынов А.А. 2012. Повышение приверженности пациентов стационаров и амбулаторно-поликлинических подразделений к лечебно-реабилитационным программам и факторы, оказывающие влияние на комплаентность. *Вестник дерматологии и венерологии*. 1: 21–27.

Martynov A.A. 2012. Povyshenie priverzhennosti pacientov stacionarov i ambulatorno-poliklinicheskikh podrazdelenij k lechenno-reabilitacionnym programmam i faktory, okazyvajushhie vlijanie na komplajentnost' [Improving patient adherence to in-patient and outpatient departments to treatment and rehabilitation programs and factors affecting compliance]. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 1: 21–27. (in Russian)

10. Налетов А.В. 2015. Оценка эффективности использования различных антихеликобактерных схем терапии у детей с хронической гастродуоденальной патологией. *Научные ведомости Белгородского государственного университета. Медицина. Фармация*. 4 (201): 21–27.



Naletov A.V. 2015. Ocenka jeffektivnosti ispol'zovanija razlichnyh antihelikobakternyh shem terapii u detej s hronicheskoj gastroduodenal'noj patologiej [Evaluation of the effectiveness of the using of different anti-*H. pylori* regimens in children with chronic gastroduodenal pathology]. Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Medicina. Farmacija. 4 (201): 21–27. (in Russian)

11. Налетов А.В., Налетов С.В., Барина А.С., Вьюниченко Ю.С. 2017. Повышение комплаентности – важный шаг в терапии заболеваний желудочно-кишечного тракта. Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 3: 12–15.

Naletov A.V., Naletov S.V., Barinova A.S., V'junichenko Ju.S. 2017. Povyshenie komplajentnosti – vazhnyj shag v terapii zabolevanij zheludochno-kishechnogo trakta [Improving compliance is an important step in the treatment of gastrointestinal diseases]. Gastrojenterologija Sankt-Peterburga. 3: 12–15. (in Russian)

12. Налетов А.В., Налетов С.В., Барина А.С., Вьюниченко Ю.С. 2017. Проблема комплаентности в современной гастроэнтерологии. Университетская клиника. 13 (2): 213–218.

Naletov A.V., Naletov S.V., Barinova A.S., V'junichenko Ju.S. 2017. Problema komplajentnosti v sovremennoj gastrojenterologii [The problem of compliance in modern gastroenterology]. Universitetskaja klinika. 13 (2): 213–218. (in Russian)

13. Новикова И.А., Попов В.В. 2015. Комплаентность и качество жизни психосоматических больных. Медицинская психология в России. 6 (35).

Novikova I.A., Popov V.V. 2015. Komplajentnost' i kachestvo zhizni psihosomaticheskikh bol'nyh [Compliance and quality of life of psychosomatic patients]. Medicinskaja psihologija v Rossii. 6 (35). (in Russian)

14. Пиманов С.И., Дикарев Е.А., Макаренко Е.В. 2014. Приверженность к фармакотерапии – необходимое условие эффективного лечения. Лечебное дело. 5 (39): 47–52.

Pimanov S.I., Dikarev E.A., Makarenok E.V. 2014. Priverzhennost' k farmakoterapii – neobhodimoe uslovie jeffektivnogo lechenija [Adherence to pharmacotherapy is a necessary condition for effective treatment]. Lechebnoe delo. 5 (39): 47–52. (in Russian)

15. Рафальский В.В. 2012. Рекомендации Маастрихт IV: выбор схемы эрадикации в эру роста антибиотикорезистентности *H. pylori*. Вестник практического врача. 1: 27–33.

Rafal'skij V.V. 2012. Rekomendacii Maastriht IV: vybor shemy jeradikacii v jeru rosta antibiotikorezistentnosti *H. pylori* [Recommendations Maastricht IV: the choice of schemes eradication in the era of rising antibiotic resistance of *H. pylori*]. Vestnik prakticheskogo vracha. 1: 27–33. (in Russian)

16. Старостин Б.Д. 2017. Лечение *H. pylori* инфекции Маастрихтский V/Флорентийский консенсусный отчет (перевод с комментариями). Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2: 2–22.

Starostin B.D. 2017. Lechenie *H. pylori* infekcii Maastrihtskij V/Florentijskij konsensusnyj otchet (perevod s kommentarijami) [Treatment of *Helicobacter pylori* infection – the Maastricht V/Florence Consensus Report]. Gastrojenterologija Sankt-Peterburga. 2: 2–22. (in Russian)

17. Циммерман Я.С., Воложанина Л.Г. 2015. Приверженность больных и соблюдение врачебных рекомендаций как действенный фактор повышения эффективности лечения. Клиническая медицина. 3: 5–13.

Cimmerman Ja.S., Vologzhanina L.G. 2015. Priverzhennost' bol'nyh i sobljudenie vrachebnyh rekomendacij kak dejstvennyj faktor povyshenija jeffektivnosti lechenija [Adherence to patients and compliance with medical recommendations as an effective factor in improving the effectiveness of treatment]. Klinicheskaja medicina. 3: 5–13. (in Russian)

18. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A., Atherton J., Axon A.T.R., Bazzoli F., Gensini G.F., Gisbert J.P., Graham D.Y., Rokkas T., El-Omar E.M., Kuipers E.J. 2012. European Helicobacter Study Group. Management of *Helicobacter pylori* infection – the Maastricht IV. Florence Consensus Report. Gut. 61 (5): 646–664.

19. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A., Gisbert J.P., Kuipers E.J., Axon A.T.R., Bazzoli F., Gasbarrini A., Atherton J., Graham D.Y., Hunt R., Moayyedi P., Rokkas T., Rugge M., Selgrad M., Suerbaum S., Sugano K., El-Omar E.M. 2017. European Helicobacter and Microbiota Study Group and Consensus panel. Management of *Helicobacter pylori* infection – the Maastricht V/Florence Consensus Report. Gut. 66 (1): 6–30.

20. Sugano K., Tack J., Kuipers E.J., Graham D.Y., El-Omar E.M., Miura S., Haruma K., Asaka M., Uemura N., Malfertheine P. 2015. Faculty members of Kyoto Global Consensus Conference. Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis. Gut. 64 (9): 1353–1367.