

# Приверженность лечению больных циррозом печени

Е.Р. Олевская, А.И. Долгушина, А.Н. Тарасов, Д.С. Михайлова,  
А.Р. Молчанова, А.С. Кузнецова

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, г. Челябинск, Российская Федерация

## Treatment compliance of liver cirrhosis patients

Ye.R. Olevskaya, A.I. Dolgushina, A.N. Tarasov, D.S. Mikhaylova,  
A.R. Molchanova, A.S. Kuznetsova

South Ural State Medical University of Ministry of Healthcare of the Russian Federation,  
Chelyabinsk, Russian Federation

**Цель исследования.** Изучить приверженность лечению больных циррозом печени (ЦП).

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 43 пациента (17 мужчин, 26 женщин). Средний возраст больных 47,1±11,9 года. ЦП сформировался в исходе вирусного гепатита, алкогольной болезни печени и других заболеваний у 13, 14 и 16 пациентов соответственно. Проанализированы демографические показатели, продолжительность ЦП, этиология и степень тяжести заболевания по Чайльду-Пью, данные опросника «Уровень комплаентности» [Кадыров Р.В. и др., 2014].

**Результаты.** Зафиксирован высокий уровень общей комплаентности у пациентов с ЦП (91,97±11,3), включая эмоциональную (32,52±4,4) и поведенческую (31,45±5,0) составляющие. Уровень социальной комплаентности зарегистрирован как средний (28,00±3,6). Выявлено отсутствие взаимосвязи приверженности лечению и демографических показателей, а также длительности заболевания. Этиология

**Aim of investigation.** To investigate treatment compliance of patients with the liver cirrhosis (LC).

**Material and methods.** Overall 43 patients (17 men, 26 women) were enrolled to original study. Mean age of the patients was 47.1±11.9 years. Development of LC was the outcome of viral hepatitis, alcoholic liver disease and other diseases in 13, 14 and 16 patients respectively. Demographic features, disease duration, etiology, severity according to Child-Pugh score and «compliance level» questionnaire score were analyzed [Kadyrov R.V. et al., 2014].

**Results.** High level of dental compliance in LC patients was revealed (91.97±11.3), including emotional (32.52±4.4) and behavioral components (31.45±5.0). Social compliance level was estimated as average (28.00±3.6). No relation of treatment compliance to demographic features as well as to disease duration was found. The etiology of LC had no statistically significant impact on treatment compliance degree. Patients with LC of the Child-Pugh class B had highest compliance

**Олевская Елена Рафаиловна** — кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет», заведующая отделением эндоскопии ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница». Контактная информация: endo74@mail.ru; 454080, г. Челябинск, ул. Лесопарковая, д. 7А-13

**Olevskaya Yelena R.** — MD, lecturer, chair of surgery, hospital course, South Ural State Medical University of Ministry of Healthcare of the Russian Federation, head of endoscopy department, Chelyabinsk regional hospital. Contact information: endo74@mail.ru; 454080. Chelyabinsk, Lesoparkovaya St., 7A-13

**Долгушина Анастасия Ильинична** — доктор медицинских наук, заведующая кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

**Dolgushina Anastasiya I.** — MD, PhD, head of the chair of surgery, hospital course, South Ural State Medical University of Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**Тарасов Алексей Николаевич** — доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

**Tarasov Aleksey N.** — MD, PhD, professor, chair of surgery, hospital course, South Ural State Medical University of Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Поступила: 13.12.2017 / Received: 13.12.2017

ЦП статистически достоверно не влияла на степень приверженности лечению. Наиболее комплаентны пациенты с ЦП класса В по Чайльду–Пью ( $97,00 \pm 7,31$ ), наименее — класса С ( $80,89 \pm 11,73$ ). Нарастание выраженности энцефалопатии оказывает негативное влияние на приверженность лечению. Эмоциональная комплаентность у пациентов, у которых в анамнезе есть указания на кровотечения, достоверно выше.

**Выводы.** Выявление факторов, влияющих на приверженность лечению больных ЦП, необходимо для эффективного выбора метода их лечения и профилактики осложнений.

**Ключевые слова:** цирроз печени, лечение, алкогольная болезнь печени.

level ( $97.00 \pm 7.31$ ), while those with Child-Pugh Class C – the lowest ( $80.89 \pm 11.73$ ). Progression of encephalopathy exerts negative impact on treatment compliance. Emotional compliance of patients with the history of bleeding is significantly higher.

**Conclusions.** Identification of factors that determine treatment compliance of LC patients is required for effective choice of treatment method and complication prophylaxis.

**Key words:** liver cirrhosis, treatment, viral hepatitis, alcoholic liver disease, compliance.

**Для цитирования:** Олевская Е.Р., Долгушина А.И., Тарасов А.Н., Михайлова Д.С., Молчанова А.Р., Кузнецова А.С. Приверженность лечению больных циррозом печени. Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2018; 28(2):42-49 DOI: 10.22416/1382-4376-2018-28-2-42-49

**For citation:** Olevskaya Ye.R., Dolgushina A.I., Tarasov A.N., Mikhaylova D.S., Molchanova A.R., Kuznetsova A.S. Treatment compliance of liver cirrhosis patients. Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol 2018; 28(2):42-49 DOI: 10.22416/1382-4376-2018-28-2-42-49

## Введение

Несмотря на значительный прогресс в понимании механизмов развития, принципов диагностики, профилактики и лечения многих заболеваний печени, эффективная реализация этих достижений в клинической практике не всегда возможна. Проблема выполнения больными врачебных рекомендаций нередко является ключевой позицией, определяющей результаты лечения [1–3]. Низкая приверженность лечению существенно ухудшает течение и прогноз заболевания [4], сопровождается для пациентов повышенным риском развития осложнений, для общества — экономическими потерями и углублением негативных демографических тенденций [5]. В современной литературе используют несколько терминов, характеризующих степень соблюдения пациентом рекомендаций врача. Среди них наиболее часто употребляемые: «комплаенс» (от англ. compliance — уступчивость, податливость), приверженность лечению (от англ. adherence to medication), «согласие с лечением» (concordance with medication). Некоторые авторы используют еще более широкие понятия: «терапевтическое сотрудничество» и «терапевтический альянс». Перечисленные термины не абсолютно равнозначны, но, несмотря на различие семантики, в условиях повседневной клинической практики эти понятия обычно взаимозаменяемы и используются в основном для характеристики правильности соблюдения больным врачебных назначений [6].

Особое значение проблема приверженности лечению приобретает у больных с хроническими заболеваниями, имеющими прогрессирующее

течение, такими как *цирроз печени* (ЦП) [7–9]. Особенности ЦП являются высокая частота сопутствующих неблагоприятных социальных факторов и развитие печеночной энцефалопатии с когнитивными нарушениями, что может оказать выраженное влияние на приверженность лечению [9]. Пациенты с ЦП, помимо проведения медикаментозного лечения, должны модифицировать образ жизни, соблюдать диету и уметь контролировать ряд клинических параметров (массу тела, артериальное давление и др.) [10]. Эффективность эндоскопического лигирования варикозно-расширенных вен пищевода, являющегося важным компонентом профилактики осложнений ЦП, во многом определяется соблюдением схемы лечения в виде последовательного выполнения сеансов с интервалом не более 1–1,5 мес [11]. При этом проблема оценки комплаенса и возможности повышения приверженности лечению больных ЦП в России мало изучена.

**Цель** настоящего исследования — изучить приверженность лечению больных циррозом печени.

## Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 43 пациента, госпитализированных в гастроэнтерологическое и хирургическое отделения Челябинской областной клинической больницы в плановом порядке в 2016 г. Выполнение исследования согласовано с этическим комитетом ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» (протокол № 27). Критерии включения: ЦП, подтвержденный результатами морфологического исследования; согласие на участие в исследовании.

Таблица 1

Характеристика больных циррозом печени, включенных в исследование

Table 1

Features of liver cirrhosis patients included in the study

Показатель	Больные ЦП, абс. число (%) (n=43)
Мужчины	17 (39,5)
Женщины	26 (60,5)
Средний возраст, годы (M±m)	47,19±11,9
Длительность заболевания с момента постановки диагноза, мес (M±m)	51,6±52,4
Образование:	
высшее	12 (27)
среднее специальное	18 (42)
среднее	13 (31)
Этиология ЦП	
Алкогольный, алкогольный + HBV	14 (32,6)
НСV*	5 (11,6)
HBV**	8 (18,65)
Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП)	1 (2,3)
Аутоиммунный гепатит	5 (11,6)
Первичный билиарный ЦП	2 (4,7)
Вторичный билиарный ЦП	1 (2,3)
Криптогенный ЦП	7 (16,3)
Класс ЦП по Чайльду–Пью и осложнения	
Класс:	
А	10 (23)
В	24 (56)
С	9 (21)
Печеночная энцефалопатия, степень	
0	10 (23)
I	15 (35)
II	18 (42)
Кровотечение из варикозно-расширенных вен в анамнезе	27 (63)

\* ЦП в исходе вирусного гепатита С. \*\* ЦП в исходе вирусного гепатита В.

довании. Критерии исключения: печеночная энцефалопатия III–IV степени, психические заболевания, гепатоцеллюлярная карцинома, кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода в течение предшествующих 5 дней, тяжелая сопутствующая патология внутренних органов в стадии декомпенсации.

Среди больных преобладали женщины, большинство пациентов — лица среднего возраста (табл. 1). Длительность заболевания с момента постановки диагноза составила от 2 мес до 16 лет. У 1/3 пациентов диагностирован алкогольный ЦП, практически столько же было больных ЦП вирусной этиологии. Характеризуя в целом совокупность больных, можно отметить, что преобладали пациенты с ЦП класса В по Чайльду–Пью. Более

половины пациентов, включенных в исследование, перенесли как минимум один эпизод желудочно-кишечного кровотечения. Большинство обследованных больных имели среднее специальное образование.

Обследование пациентов проведено в соответствии с национальными клиническими рекомендациями [12]. Сбор анамнеза больных дополняли тестированием с использованием опросника AUDIT. Степень выраженности печеночной энцефалопатии определяли согласно критериям West Haven, исходя из уровня сознания, когнитивных функций, поведенческих расстройств, а также с помощью теста связи чисел [13, 14]. С целью дифференциальной диагностики печеночной энцефалопатии и энцефалопатии другого генеза боль-

Таблица 2

Показатели комплаентности больных циррозом печени

Table 2

Compliance scores of patients with liver cirrhosis

Составляющие комплаентности	Среднее значение (M±m) уровня комплаентности больных ЦП (n=43)	Референтное значение*		
		невыраженная комплаентность	средневыраженная комплаентность	выраженная комплаентность
Эмоциональная	32,52±4,4	0–15	16–29	30–40
Поведенческая	31,45±5,0	0–15	16–29	30–40
Социальная	28,00±3,6	0–15	16–29	30–40
Общая	91,97±11,3	0–40	41–80	81–120

\*Использованы референтные значения, указанные в опроснике «Уровень комплаентности».

ных направляли на консультацию к неврологу. Для оценки приверженности пациентов лечению применяли опросник «Уровень комплаентности» [Кадыров Р.В. и др., 2014] [8]. На основании результатов анкетирования выделяли социальную комплаентность (стремление выполнять предписания врача, обусловленное ориентацией на социальное одобрение), эмоциональную комплаентность (склонность к соблюдению врачебных рекомендаций, обусловленная повышенной впечатлительностью и чувствительностью), поведенческую комплаентность (стремление к соблюдению врачебных рекомендаций, направленное на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие) и общую комплаентность как сумму полученных значений. Оценку результатов проводили с использованием программы SPSS21. Достоверность различий анализировали с помощью непараметрических методов, используя критерий Краскела–Уоллеса для множественных сравнений и Манна–Уитни для парной выборки. Корреляцию оценивали с помощью критерия Пирсона. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

### Результаты исследования и их обсуждение

В литературе представлено большое количество публикаций, посвященных оценке приверженности лечению пациентов с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта [5, 15, 16], однако данная проблема у больных с ЦП практически не изучена [9, 10]. Впервые для оценки степени приверженности лечению больных ЦП нами использован опросник «Уровень комплаентности», предназначенный для тестирования пациентов с хроническими заболеваниями, при которых требуется продолжительное лечение [8].

Необходимо отметить, что исследование проводили у пациентов, изначально настроенных на терапию, что подтверждается фактом госпи-

тализации в специализированный стационар [5]. Зафиксирован высокий уровень общей комплаентности пациентов с ЦП, поступивших в стационар для планового лечения (табл. 2), включая эмоциональную и поведенческую составляющие. Уровень социальной комплаентности зарегистрирован как средний, что свидетельствует о недостаточно конструктивных отношениях между врачом и больным. Отсутствие доверительного взаимодействия врача и пациента в качестве предиктора низкой приверженности лечению описывают многие авторы [15], подтверждая важность сотрудничества врача и больного для достижения их общей цели — выздоровления больного.

Исследование продемонстрировало отсутствие взаимосвязи уровня приверженности лечению и демографических показателей: пола ( $p=0,41$ ), возраста ( $p=0,97$ ), образования ( $p=0,95$ ), а также длительности заболевания ( $p=0,47$ ).

Этиология ЦП не оказывала выраженного влияния на общую, эмоциональную ( $p=0,53$ ) и социальную ( $p=0,89$ ) комплаентность, однако поведенческая составляющая была достоверно ниже в группе алкогольного ЦП ( $p=0,039$ ), что свидетельствует о более пассивном отношении этой группы пациентов к заболеванию. В литературе отмечено, что алкоголизм является фактором, «разрушающим» комплаентность [16]. Деформация личности, присущая пациентам, злоупотребляющим алкоголем, невыраженная самооценка снижают мотивацию к выполнению врачебных назначений, препятствуют восприятию болезни как преграды (рис. 1).

Выявлена значимая взаимосвязь степени приверженности лечению и степени тяжести ЦП (рис. 2). Наиболее привержены лечению пациенты с ЦП класса В по Чайльдсу–Пью, наименее — класса С. Высокий уровень комплаентности пациентов с ЦП класса В, по нашему мнению, обусловлен наличием развернутой клинической картины ЦП, что мотивирует пациентов к адекватному соблюдению рекомендаций. Наоборот, тяжелое течение заболевания у больных ЦП клас-

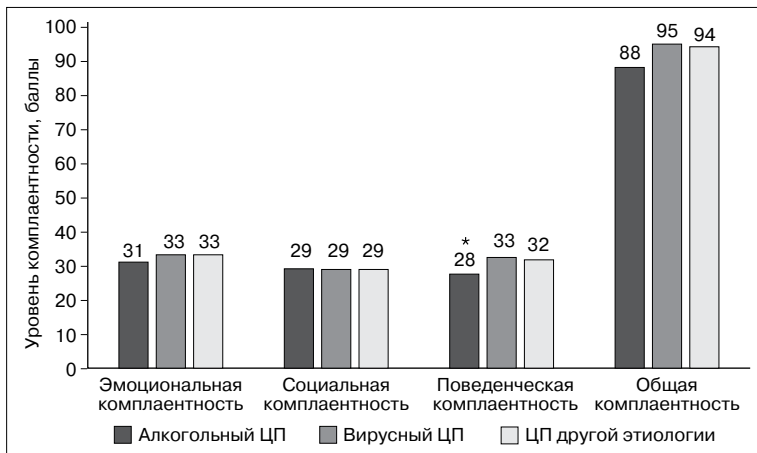


Рис. 1. Уровень комплаентности в зависимости от этиологии цирроза печени  
 \*Достоверные различия в уровне поведенческой комплаентности между группами алкогольный ЦП и вирусный ЦП (p=0,027), алкогольный ЦП и ЦП другой этиологии (p=0,019)  
 Fig. 1. Compliance level according to liver cirrhosis etiology  
 \*Significant differences in behavioral compliance level between alcoholic LC and viral LC (p=0.027), alcoholic LC and LC of other etiology (p=0.019)

са С снижало как общую комплаентность, так и ее составляющие до среднего уровня.

Пациенты с начальными клиническими проявлениями ЦП класса А занимали среднюю пози-

цию, возможно, недостаточно осознавая опасность заболевания. По данным литературы, бессимптомное или малосимптомное течение болезни – один из предикторов невыраженной приверженности лечению [17, 18]. В отсутствие выраженных клинических проявлений ЦП может быть выявлен практически случайно, больные продолжительное время могут не знать о заболевании и часто недооценивают важность лечения.

Результаты проведенного нами исследования подтверждают научные данные о том, что энцефалопатия оказывает влияние на способность пациента следовать рекомендациям врача (p=0,01), причем во всех компонентах комплаентности (табл. 3) [19]. При выраженной энцефалопатии возможность формирования терапевтического сотрудничества затруднена из-за нарушений памяти и снижения когнитивной функции мозга. Увеличение степени тяжести энцефалопатии статистически значимо оказывает негативное влияние на приверженность лечению (рис. 3). Поскольку стационарное лечение таких больных контролирует медицинский персонал, основные

Таблица 3

Комплаентность больных ЦП различных этиологии и течения

Table 3

Compliance of patients with LC of different etiology and course

Цирроз печени	Комплаентность			
	эмоциональная	социальная	поведенческая	общая
Этиология ЦП				
Алкогольный	31,22±4,6	29,33±2,91	27,67±4,61	88,22±10,61
Вирусный	33,33±4,18	29,17±4,17	32,58±4,46	95,08±12,2
ЦП другой этиологии*	32,59±4,6	28,82±3,77	32,36±5,04	94,05±11,22
Класс ЦП по Чайльду–Пью и осложнения				
Класс:				
А	32,5±4,9	30,4±3,8	32,1±4,6	95,00±12,3
В	33,79±2,96	30,0±3,5	33,21±4,11	97,00±7,31
С	28,67±5,33	26,00±3,93	26,22±4,52	80,89±11,73
Кровотечение из варикозно-расширенных вен в анамнезе:				
– есть	33,89±3,03	29,22±3,34	32,52±4,39	96,07±8,21
– нет	30,19±5,5	28,69±4,22	29,63±5,8	88,51±14,6
Печеночная энцефалопатия, степень:				
0	34,7±3,05	29,7±4,3	33,9±4,77	98,8±9,9
I	33,87±2,2	30,67±2,16	33,13±3,96	98,20±5,4
II	30,17±4,44	27,28±3,65	28,67±4,58	86,5±12,58

\*ЦП другой этиологии включают первичный и вторичный билиарный ЦП, аутоиммунный гепатит, криптогенный ЦП, НАЖБП



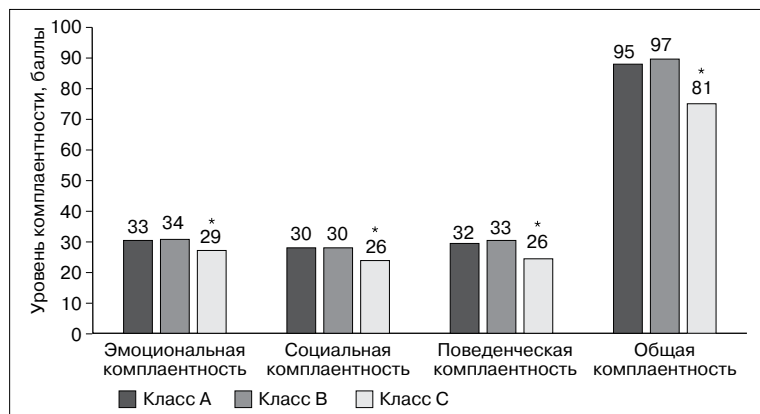


Рис. 2. Взаимосвязь уровня комплаентности и класса ЦП по Чайльду–Пью

\*Достоверные различия в уровне комплаентности больных ЦП классов А и С ( $p < 0,05$ ), В и С ( $p < 0,05$ )

Fig. 2. Association of compliance level and LC Child-Pugh class  
\*Differences in compliance level were statistically significant for LC classes A and C ( $p < 0.05$ ), B and C ( $p < 0.05$ )

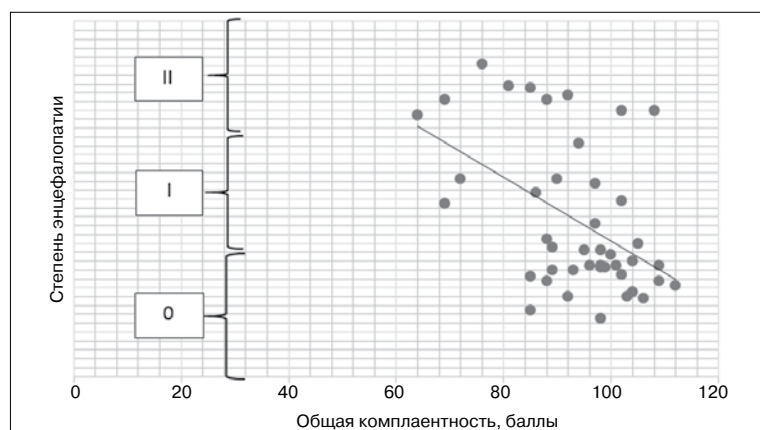


Рис. 3. Корреляция общей комплаентности со степенью тяжести энцефалопатии

Fig. 3. Correlation of total compliance to the grade of encephalopathy

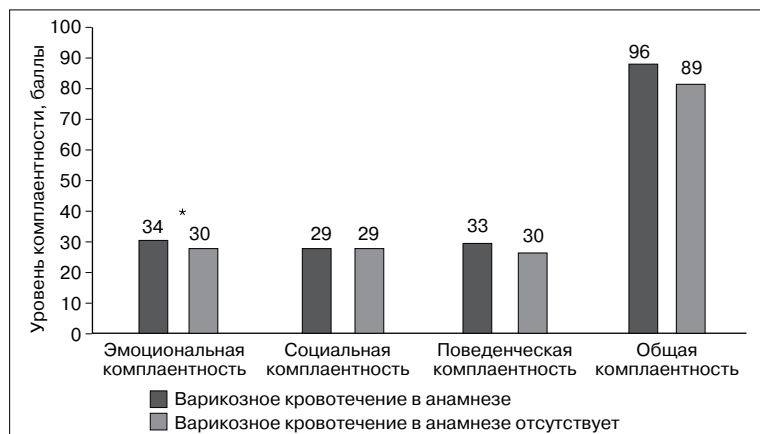


Рис. 4. Зависимость уровня комплаентности от факта перенесенного варикозного кровотечения в анамнезе

\*Достоверные различия в уровне эмоциональной комплаентности между группами

Fig. 4. Association of compliance level to the history of varicose bleeding

\*Statistically significant differences in emotional compliance level between groups

препятствия к достижению комплаенса могут возникнуть на амбулаторном этапе. В такой ситуации адекватность выполнения врачебных назначений зависит от активности участия в лечебном процессе родственников больного, которым необходимо объяснить важность лечения и дать четкие инструкции.

Перенесенный эпизод варикозного кровотечения в целом повышает мотивацию пациентов соблюдать врачебные рекомендации (рис. 4). Средняя общая комплаентность пациентов с кровотечением в анамнезе 96,07, пациентов без кровотечения 88,51, хотя различия статистически недостоверны ( $p = 0,15$ ). Наиболее существенно влияние эмоциональной составляющей, отвечающей за переживания больного ( $p = 0,021$ ). Вероятно, это связано с физическими страданиями, страхом, перенесенным во время кровотечения, нежеланием пациента снова пережить подобную ситуацию.

## Выводы

Таким образом, у пациентов с ЦП, госпитализированных в стационар, отмечается высокая приверженность лечению независимо от этиологии заболевания. Прежде всего это касается эмоциональной и поведенческой составляющих комплаентности, в то же время социальная комплаентность соответствует средним показателям. Высокие показатели эмоциональной комплаентности свидетельствуют о том, что больные ЦП готовы способствовать процессу лечения, искренне беспокоятся о последствиях или возможных неудачах терапии и склонны сообщать врачу о своих переживаниях. Сочетание с высоким уровнем поведенческой комплаентности, отражающей стремление к точному соблюдению врачебных рекомендаций, направленных на преодоление заболевания, позволяет ориентировать больных ЦП на удлинение периода компенсации болезни. В то же время необходимо укреплять доверительные отношения с врачом, так как более низкие значения переменной «социальная комплаентность» свидетельствуют о независимости пациента в принятии решений и частом несогласии с мнением врача.

Другим немаловажным фактом, согласно полученным данным, является зависимость приверженности лечению от

стадии заболевания, выраженности энцефалопатии и наличия осложнений. Наиболее привержены лечению больные ЦП класса В по Чайльду—Пью, в то время как при декомпенсации ЦП и увеличении степени тяжести энцефалопатии приверженность лечению снижается. На этом этапе ответственность за правильность выполнения медицинских рекомендаций должны нести близкие и родственники больного.

Факт желудочно-кишечного кровотечения в анамнезе, наоборот, повышает приверженность лечению, поэтому обоснованным направлением

повышения комплаентности является информирование пациента: предоставление необходимых сведений о болезни и ее осложнениях, обозначение конкретных целей терапии. Все эти вопросы можно обсудить в школе для больных ЦП.

Выявление факторов, оказывающих влияние на приверженность лечению больных ЦП, — важный этап для выбора того или иного способа лечения заболевания и профилактики осложнений, формирования более однородных групп для занятий в школах здоровья.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict interest.** The authors declare no conflict of interest.

#### Список литературы/References

1. *Horwitz R.I., Horwitz S.M.* Adherence to treatments and health outcomes. *Arh Int Med* 1993; 153: 1863-8.
2. *Коц Я.И., Митрофанова И.С.* Комплаентность как фактор повышения эффективности лечения больных с хронической сердечной недостаточностью. *Рос мед журн* 2007;4:4-7 [*Kots Ya.I., Mitrofanova I.S.* Compliance as effective factor increasing treatment efficacy of patients with chronic heart failure. *Ros med zhurn* 2007; 4:4-7].
3. *Гуленко О.В., Волобуев В.В., Хагурова С.Б., Фарапонова Е.А.* Уровень стоматологического комплаенса у детей с психоневрологическими расстройствами. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований* 2015;3: 571-8 [*Gulenko O.V., Volobuyev V.V., Khagurova S.B., Faraponova Ye.A.* Dental compliance level in children with mental retardation. *Mezhdunarodny zhurnal prikladnykh i fundamentalnykh issledovaniy* 2015;3: 571-8].
4. *Kardas P.* Patient compliance with antibiotic treatment for respiratory tract infections. *Antimicrob Chemother* 2002; 29:245-53.
5. *Фирсова Л.Д., Калашикова Н.Г., Котельникова А.В., Комиссаренко И.А.* Приверженность к лечению больных хроническими заболеваниями органов пищеварения. *Экспер клин гастроэнтерол* 2011; 8:34-8 [*Firsova L.D., Kalashnikova N.G., Kotelnikova A.V., Komissarenko I.A.* Treatment compliance in chronic digestive diseases. *Exp clin gastroenterol* 2011;8:34-8].
6. *Данилов Д.С.* Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации. *Неврол нейропсихиатр психосомат* 2014;(2):4-12 [*Danilov D.S.* Therapeutic collaboration (compliance): concept content, mechanisms, and ways for optimization. *Neurol neuropsychiatr psychosomat* 2014;(2):4-12].
7. *Аведисова А.С.* Проблемы длительной терапии хронических заболеваний: комплаенс-отказ от терапии-мотивация к лечению. *Эффект травматол* 2012;48:64-9 [*Avedisova A.S.* Issues of long-term treatment of chronic diseases: compliance - treatment denial - treatment motivation. *Effect traumatol* 2012;48:64-9].
8. *Кадыров Р.В.* Опросник «Уровень комплаентности» [Текст]: монография / *Р.В. Кадыров, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук.* Владивосток: Мор. гос. ун-т; 2014. 74 с. [*Kadyrov R.V.* The questionnaire: "Compliance Level" (text): *R.V. Kadyrov, O.B. Asrian, S.A. Kovalchuk.* Vladivostok: Maritime State University; 2014.74 p.].
9. *Корочанская Н.В., Дурлештер В.М., Голуб Е.А., Усова О.А.* Комплаентность больных циррозом печени с угрозой кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода. *Вестн МУЗ ГБ № 2* 2011;15:42-52 [*Korochanskaya N.V., Durlshter V.M., Golub Ye.A., Usova O.A.* Compliance of patients with liver cirrhosis and high risk of variceal hemorrhage. *Vestnik MUZ GB № 2.* 2011;15:42-52].
10. *Polis S., Zang L., Mainali B., Pavendranathan G., Zekry A., Fernandez R.* Factors associated with medication adherence in patients living with cirrhosis. *J Clin Nurs* 2016; 25(6): 204-12.
11. *Jutabha R., Jensen D.M., Martin P., Savides T., Han S.H., Gornbein J.* Randomized study comparing banding and propranolol to prevent initial variceal hemorrhage in cirrhotics with high-risk esophageal varices. *Gastroenterology* 2005;4:870-81.
12. *Ивашкин В.Т., Маевская М.В., Павлов Ч.С., Федосына Е.А., Бессонова Е.Н., Пирогова И.Ю., Гарбузенко Д.В.* Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации по лечению осложнений цирроза печени. *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол* 2016;26(4):71-102 [*Ivashkin V.T., Maevskaya M.V., Pavlov Ch.S., Fedosyina Ye.A., Bessonova Ye.N., Pirogova I.Yu., Garbuzenko D.V.* Treatment of liver cirrhosis complications: Clinical guidelines of the Russian Scientific Liver Society and Russian gastroenterological association. *Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol* 2016; 26(4):71-102].
13. *Павлов Ч.С., Дамулин И.В., Ивашкин В.Т.* Печеночная энцефалопатия: патогенез, клиника, диагностика, терапия. *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол* 2016;26(1):44-53 [*Pavlov Ch.S., Damulin I.V., Ivashkin V.T.* Hepatic encephalopathy: pathogenesis, clinical presentation, diagnostics, treatment. *Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol* 2016;26(1):44-53].
14. *Трухан Д.И.* Синдром печеночной энцефалопатии. Актуальные аспекты диагностики и лечения. *Мед совет* 2016; 14:80-6 [*Trukhan D.I.* Hepatic encephalopathy syndrome: current aspects of diagnosis and treatment. *Med sovet* 2016;14:80-6].
15. *Циммерман Я.С., Вологжанина Л.Г.* Приверженность больных к соблюдению врачебных рекомендаций как действенный фактор повышения эффективности лечения. *Клин мед* 2015;93(3):5-13 [*Tsimmerman Ya.S., Vologzhanina L.G.* Compliance of patients to doctor's recommendations as an important factor of treatment efficacy. *Klin med* 2015;93(3):5-13].
16. *Быхалов Л.С.* Инсайт как фактор, влияющий на ком-

- плаентность, в лечении туберкулеза, ассоциированного с ВИЧ-инфекцией. Международн журн экспер образования 2015; 9:115-115 [Bykhalov L.S. Insight as the factor of treatment compliance at tuberculosis associated to HIV infection. Mezhdunarodny zhurn eksper obrazovaniya 2015; 9: 115-115].
17. Алексеева О.П., Касимова Л.Н., Горячева Е.Е. Приверженность к терапии у пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта. Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2016;26(1):20-8 [Alekseyeva O.P., Kasimova L.N., Goryacheva Ye.Ye. Treatment compliance of patients with gastro-intestinal diseases. Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol 2016;26(1):20-8].
  18. Port K., Palm K., Viigimaa M. Self-reported compliance of patients receiving antihypertensive treatment: use of a telemonitoring home care system. J Telemed Telecare 2003; 9(1): 65-6.
  19. Jasmohan S. Bajaj, James B. Wade, Douglas P. Gibson, Douglas M. Heuman, et al. The Multi-Dimensional Burden of Cirrhosis and Hepatic Encephalopathy on Patients and Caregivers. Am J Gastroenterol 2011; 106 (9):1646-54.

### Редакционный комментарий

#### О правильной трактовке термина «compliance»

В последние годы во многих статьях при оценке эффективности лечения больных часто применяют термин «compliance», при этом единая норма употребления этого слова, к сожалению, отсутствует. Некоторые авторы сохраняют оригинальное английское написание этого термина, другие используют различные варианты русскоязычной транскрипции («комплаенс», «комплайнс», «комплайенс», «комплаентность»), третьи дают расширенную трактовку его значения («готовность больного следовать рекомендациям», «добровольное согласие пациента выполнять рекомендации», «приверженность лечению» и т.д. В связи с этим возникает необходимость выработать единый подход к написанию и последующей трактовке этого термина. Изложенное в полной мере относится и к данной статье, где в качестве терминов фигурируют и «комплаенс», и «комплаентность», и «приверженность лечению».

Русскоязычная транскрипция английского слова «compliance» (дословный перевод: согласие, послушание) существует. При этом по-русски его пишут как «комплаенс». Именно в такой форме данный термин используют в банковской сфере (комплаенс-риск, комплаенс-контроль и др.).

Какое определение термина «комплаенс» следует считать наиболее точным, если речь идет о медицине, и отличается ли он, как полагают некоторые авторы, от другого часто используемого термина «adherence» (дословно: приверженность)? Оксфордский словарь английского языка (Oxford English Dictionary) трактует значение слова «compliance» как «действие в соответствии с указанием». J.A. Cramer и соавт. [1] в обзоре, целью которого как раз была выработка единого понимания этого термина в его медицинском значении, определяют «compliance» (син. «adherence») как «степень, или мера, соответствия действий пациента предписанным рекомендациям по лечению» (degree or extent to which a patient acts in accordance with the prescribed recommendations about treatment).

Таким образом, в медицинском тексте при переводе слова «compliance» наиболее правильным представляется использование русскоязычной транскрипции «комплаенс», имея в виду под содержанием этого термина полноту выполнения пациентом предписанных врачом рекомендаций по лечению.

1. Cramer J.A., Roy A., Burrell A. et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. Value Health 2008; 11(1):44-7.