



УДК 616.3-022.6-036.2-053.2:614.253+616-055.52

DOI 10.18413/2075-4728-2018-41-4-616-624

**ВЛИЯНИЕ КОММУНИКАЦИЙ ВРАЧ – РОДИТЕЛИ ПАЦИЕНТА НА УРОВЕНЬ  
РОДИТЕЛЬСКОЙ КОМПЛАЕНТНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ  
С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ,  
АССОЦИИРОВАННОЙ С HELICOBACTER PYLORI**

**THE IMPACT OF COMMUNICATION DOCTOR – PATIENT'S PARENTS  
ON THE LEVEL OF PARENTAL COMPLIANCE IN THE TREATMENT  
OF CHILDREN WITH CHRONIC GASTRODUODENAL PATHOLOGY  
ASSOCIATED WITH HELICOBACTER PYLORI**

**А.С. Баринова, А.В. Налетов, С.В. Налетов  
A.S. Barinova, A.V. Nalyotov, S.V. Nalyotov**

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

Donetsk National Medical University name M. Gorky,  
16 Illich Ave., Donetsk, 283003

E-mail: nalyotov-a@mail.ru

**Аннотация**

Целью работы было оценить влияние коммуникаций врач – родители пациента на уровень комплаентности родителей в семьях детей, страдающих хронической гастродуоденальной патологией, ассоциированной с *H. pylori*. Обследовано 103 ребенка старшего школьного возраста, страдающих хронической гастродуоденальной патологией, ассоциированной с *H. pylori*. Всем детям была назначена антихеликобактерная схема терапии. Снижение родительской комплаентности отмечено более чем в 2/3 обследованных семей. Установлен низкий уровень коммуникаций врач-родители пациента. Диалог врача с родителями больного ребенка происходит в условиях ограниченности во времени, предоставляемого специалисту во время консультативного приема. Налаживание межличностных взаимоотношений в системе «врач – родители пациента», работа с родителями, направленная на разъяснение сути заболевания, последствий болезни, тактики лечения являются важнейшим этапом в терапии больного ребенка.

**Abstract**

The aim of the study was to determine the influence of communication between the doctor – patient's parents on the level of parental compliance in families of children suffering from chronic gastroduodenal pathology associated with *H. pylori*. 103 children of school age suffering from chronic gastroduodenal pathology associated with *H. pylori* were examined. The anti-*H. pylori* therapy scheme was prescribed for all children. The decrease in parental compliance was noted in more than 2/3 of the surveyed families. The low level of communication between the doctor and the patient's parents was established. The doctor's dialogue with the parents of a sick child takes place in conditions of limited time provided to the specialist during the consultation. Establishment of interpersonal relationships in the "doctor- patient's parents" 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, дети, хроническая гастродуоденальная патология, *Helicobacter pylori*.

**Keywords:** compliance, children, chronic gastroduodenal pathology, *Helicobacter pylori*.

## Введение

Инфекция *Helicobacter pylori* (НР) считается важнейшим этиопатогенетическим фактором формирования хронической гастродуоденальной патологии (ХГДП) среди пациентов различных возрастных групп, а эрадикация данного микроорганизма – основным методом лечения данных больных [Файзуллина и др., 2011]. На сегодняшний день большинство аспектов проблемы эрадикации НР в педиатрической практике остаются нерешенными [Налетов, 2015]. В последние годы наблюдается тенденция к развитию резистентности НР к антибиотикам, которые традиционно используются для эрадикации данного микроорганизма [Шанова и др., 2016]. Согласно рекомендациям V Маастрихтского консенсуса и Киотского глобального консенсуса по НР-ассоциированному гастриту, главными направлениями повышения эффективности антихеликобактерной терапии у пациентов с ХГДП являются применение высоких доз ингибиторов протонной помпы, удлинение курса приема антибиотиков до 14 дней, использование четырехкомпонентных, последовательных схем антибиотикотерапии, прием фторхинолонов [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 [Терещенко и др., 2014; 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, что приводит к снижению комплаентности пациента и способствует дальнейшему росту резистентности НР [O'Connor et al., 2009; Андреев и др., 2013; Маев и др., 2013; Циммерман и др., 2015]. Особенно актуальным данный вопрос является в педиатрической практике, учитывая высокую распространенность инфекции НР, а также широкое применение антибактериальной терапии в детском возрасте [Рафальский, 2012].

По определению Всемирной организации здравоохранения, комплаентность (приверженность) – это соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием препаратов, соблюдение диеты и/или изменение образа жизни [Пиманов и др., 2014; Дурлештер и др., 2015; Новикова и др., 2015]. Приверженность пациента к терапии, активное его участие в процессе лечения имеет огромное значение в лечении хронических заболеваний и является важной составляющей успеха терапии [Налетов и др., 2017]. Повышение приверженности пациента к терапии имеет гораздо большее влияние на здоровье населения, чем любое совершенствование конкретных методов лечения [Маев и др., 2014]. Строгое соблюдение пациентами врачебных рекомендаций возможно только в условиях стационарного лечения, где осуществляется сестринский контроль за проводимой терапией.

Некомплаентное поведение больных приводит к серьезным медицинским последствиям: недостаточная эффективность терапии, многократные пересмотры врачом схемы лечения, разочарование врача в успехе проводимой терапии, появление мнения о «бесперспективности» больного, дискредитация системы медицинской помощи в глазах пациента [Данилов, 2014].

Проблема комплаентности среди пациентов, страдающих хронической патологией желудочно-кишечного тракта, в настоящее время является особенно актуальной, учитывая склонность данных заболеваний к хроническому, рецидивирующему течению, значительному снижению качества жизни больного, длительной ограниченности в приеме ряда продуктов и напитков (диетотерапии), изменению туалетных привычек [Кремлева, 2013; Белякова, 2014].

Основным инструментом повышения комплаенса пациента, страдающего ХГДП, доступным любому практическому врачу, является беседа с пациентом, его родителями (в педиатрической практике) с подробным обсуждением основных причин развития заболевания, пользы и потенциальных отрицательных сторон эрадикации НР. Врачу необходимо время, чтобы объяснить пациенту и членам его семьи план лечения и важность соблюдения режима приема препаратов, выяснить семейные обстоятельства и насколько хорошо он был

понят пациентом или его родителями [Микиртичан и др., 2012; Алесинский и др., 2018]. Взаимодействие врача и родителей будет способствовать оптимизации результатов лечения больного ребенка [Каплунов, 2016]. Доверие к врачу является одним из важных факторов, способствующих повышению приверженности лечению, сохранению веры пациента в оказываемую ему помощь [Сирота, 2014]. Взаимоотношение врача и больного, а в педиатрической практике – врача и родителей пациента, выступает в качестве одного из наиболее значимых факторов лечения, от которого зависит успех терапии. Одной из эффективных стратегий для улучшения приверженности пациентов лечению может являться использование индивидуальных и групповых обучающих программ [Койчуев, 2013].

На наш взгляд, активное включение провизоров (в чьи компетенции входит оказание консультативной помощи населению 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 исследования** – оценить влияние коммуникаций врач – родители пациента на уровень комплаентности родителей в семьях детей, страдающих ХГДП, ассоциированной с НР.

### Материалы и методы исследования

На базе Городской детской клинической больницы № 1 г. Донецка и Медицинского центра «Гастро-лайн» г. Донецка было обследовано 103 ребенка старшего школьного возраста (12–17 лет) с ХГДП, ассоциированной с НР (язвенная болезнь, хронический гастродуоденит). Всем пациентам был проведен курс антихеликобактерной терапии в амбулаторных условиях. После курса лечения в ходе консультативного приема с пациентами и их родителями нами было проведено анонимное анкетирование с определением уровня родительской комплаентности при помощи разработанного нами опросника (табл. 1).

Таблица 1  
Table 1

Анкета для определения уровня родительской комплаентности  
Questionnaire for determining the level of parental compliance

№	Вопрос	Баллы	
		«Да»	«Нет»
1	Забывали ли Вы когда-либо дать ребенку препараты?	0	1
2	Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств ребенком?	0	1
3	Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если ребенок чувствует себя хорошо?	0	1
4	Если ребенок чувствует себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием препарата?	0	1
5	Можете ли Вы в связи с негативной реакцией ребенка на прием лекарства отказаться от следующего приема препарата?	0	1
6	Можете ли Вы без консультации с лечащим врачом самостоятельно заменить назначенный препарат в лечении Вашего ребенка на «более эффективный и безопасный» по Вашему мнению?	0	1

При получении 6 баллов говорили о комплаентности родителей, при 4-5 баллах – частичной комплаентности, 3 и менее баллов – полной некомплаентности.

В дальнейшем было проведено анонимное анкетирование 42 педиатров и детских гастроэнтерологов, работающих на амбулаторно-поликлиническом этапе медицинской помощи детям с целью выявления уровня коммуникаций врач – родители пациента с использованием разработанной нами анкеты (табл. 2). Положительный ответ в анкете оценивали в 1 балл, отрицательный ответ – 0 баллов.

Таблица 2  
Table 2

Анкета для опроса врачей, оценивающая коммуникации врач – родители пациента  
Questionnaire for doctor's survey, assessing the communications of the doctor – patient's parents

№	Вопрос	Баллы	
		«Да»	«Нет»
1	Достаточно ли Вам времени при приеме пациента для обсуждения основных моментов терапии?	1	0
2	Уделяете ли Вы внимание объяснению родителям (пациенту) причин развития заболевания?	1	0
3	Оговариваете ли Вы с родителями возможную стоимость курса лечения?	1	0
4	Обсуждаете ли Вы с родителями (пациентом) распорядок дня пациента с учетом приема назначенных препаратов?	1	0
5	Оговариваете ли Вы с родителями (пациентом) возможные побочные эффекты при приеме назначенной терапии?	1	0

Чувствительность опросника составила 89.7 %, специфичность – 83.3 %: ложнонегативные результаты теста – 10.3 %, ложнопозитивные результаты теста – 16.7 %.

Оценка валидности опросников проведена с помощью расчета критерия альфа Кронбаха (Cronbach's alpha test). Опросник высоко валиден (тест Кронбаха более 0.8). Чувствительность – 92.8 %, специфичность – 82.4 %, ложноотрицательные значения – 7.2 %, ложнопозитивные значения – 17.6 %.

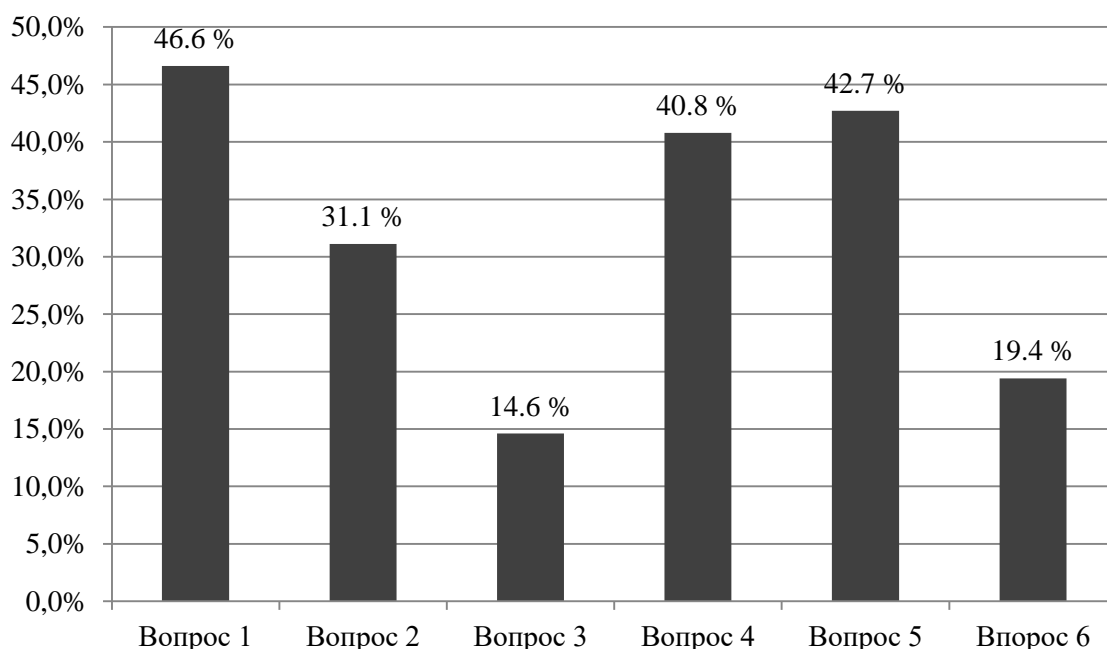
Хранение и статистическая обработка данных произведены с помощью пакета программы SPSS (v.21, IBM SPSS Statistic, США). Для статистического анализа полученных данных был использован пакет STATISTICA 6. Сравнение средних качественных данных было выполнено с использованием парного сравнения доли (угловое преобразование Фишера с учетом поправки Йейтса). В таблицах 3, 4 приводится среднее значение показателя частоты проявления признака (%) и его 95 % доверительный интервал (95 % ДИ).

### Результаты и обсуждение

При анализе уровня родительского комплаенса в семьях детей, страдающих ХГДП, ассоциированной с инфекцией НР, было выявлено, что большинство родителей не являются комплаентными к проводимому их детям лечению. При использовании разработанного опросника оценки уровня родительской комплаентности установлено, что среди обследованных пациентов лишь в 31 (30.1±4.5 %) семье из 103 родители были комплаентными к используемой в лечении их ребенка антихеликобактерной терапии. В данных семьях отмечено строгое соблюдение режима приема препаратов, назначенных специалистом для эрадикации инфекции НР. Снижение родительской комплаентности отмечено более чем в 2/3

обследованных семей. Так, в 34 (33.0±4.6 %) случаях установлена частичная комплаентность родителей к получаемому их ребенком лечению, а в 38 (36.9±4.8 %) родители были некомплаентными.

Установлено, что в 48 (46.6±4.9 %) семьях детей, страдающих ХГДП, имело место забывчивость родителей по отношению к приему препаратов ребенком. В ряде семей отмечалась тенденция к пропуску приема препарата при негативной реакции ребенка – 44 (42.7±4.9 %), а также при плохом самочувствии пациента после предыдущего приема лекарства – 42 (40.8±4.8 %) семьи. В 32 (31.1±4.6 %) случаях родители указали на свою невнимательность в отношении времени приема медикаментозных препаратов. Также имело место раннее завершение антихеликобактерного лечения при улучшении общего состояния больного – 15 (14.6±3.5 %) случаев. В 20 (19.4±3.9 %) семьях родители могли без предварительной консультации с лечащим врачом заменить один либо несколько компонентнов медикаментозной схемы на препараты «более эффективные» по их собственному мнению, а также снизить дозу антибактериальных средств, входящих в состав эрадикационной терапии (см. рисунок).



Распределение положительных ответов родителей детей с хронической гастродуоденальной патологией на вопросы анкеты для определения уровня родительской комплаентности  
The distribution of positive responses of parents of children with chronic gastroduodenal pathology to the questionnaire to determine the level of parental compliance

При проведении анонимного анкетирования врачей-педиатров и детских гастроэнтерологов был установлен низкий уровень коммуникаций врач – родители пациента. Распределение врачей по количеству положительных ответов анкеты (см. табл. 2) определения уровня коммуникаций врач – родители пациента представлено в табл. 3.

Так, ни один из опрошенных врачей не ответил положительно на все 5 вопросов, предложенных в анкете, определяющей уровень коммуникаций врач – родители пациента. При этом доля врачей, которые ответили положительно лишь на 1 вопрос анкеты – 42.9 % (95 % ДИ 28.0 % – 58.4 %), была статистически значимо ( $p=0.01$ ) большей относительно доли специалистов, ответивших положительно на 4 вопроса анкеты – 9.5 % (95 % ДИ 2.5 % – 20.5 %).

Таблица 3  
Table 3

Распределение врачей по количеству положительных ответов на вопросы анкеты о коммуникации врач – родители пациента  
The distribution of physicians by number of positive responses to the questions about communication doctor – patient's parents

Количество положительных ответов	Доля врачей
1 ответ	42.9 % (95 % ДИ 28.0 % – 58.4 %)
2 ответа	30.9 % (95 % ДИ 17.7 % – 46.0 %)
3 ответа	16.7 % (95 % ДИ 6.8 % – 29.7 %)
4 ответа	9.5 % (95 % ДИ 2.5 % – 20.5 %)

Распределение положительных ответов опрошенных специалистов на вопросы анкеты, оценивающей уровень коммуникации врач – родители пациента представлено в табл. 4.

Таблица 4  
Table 4

Распределение положительных ответов врачей на вопросы анкеты, оценивающей коммуникации врач – родители пациента  
The distribution of positive responses of physicians to questionnaire questions evaluating communication doctor – patient's parents

Вопрос анкеты	Доля врачей, ответивших положительно на данный вопрос
Вопрос 1	40.5 % (95 % ДИ 25.9 % – 56.0 %)
Вопрос 2	61.9 % (95 % ДИ 46.4 % – 76.2 %)
Вопрос 3	26.2 % (95 % ДИ 13.9 % – 40.8 %)
Вопрос 4	40.5 % (95 % ДИ 25.9 % – 56.0 %)
Вопрос 5	23.8 % (95 % ДИ 12.0 % – 38.1 %)

Установлено, что осмотр пациента, диалог с его родителями в большинстве случаев происходит в условиях ограниченности во времени, предоставляемого специалисту во время консультативного приема. Так, на достаточное количество времени во время консультативного приема для объяснения основных аспектов лечения заболевания указывали лишь 40.5 % (95 % ДИ 25.9 % – 56.0 %) опрошенных врачей. При этом освещению возможных причин развития болезни и роли в ее формировании инфекции НР уделяют внимание 61.9 % (95 % ДИ 46.4 % – 76.2 %) опрошенных врачей.

Также, исходя из анализа ответов врачей на представленные вопросы, можно сделать вывод о том, что специалист на приеме не уделяет достаточного внимания обсуждению стоимости лечения – лишь 26.2 % (95 % ДИ 13.9 % – 40.8 %) врачей обсуждали с родителями пациента на приеме стоимость затрат на назначенную терапию, а также распорядок дня пациента с учетом приема препаратов – 40.5 % (95 % ДИ 25.9 % – 56.0 %) врачей оговаривали режим приема компонентов антихеликобактерной терапии. Возможное развитие побочных эффектов от лечения рассматривали во время консультации 23.8 % (95 % ДИ 12.0 % – 38.1 %) из опрошенных специалистов.

### Выводы

Таким образом было установлено, что степень родительской приверженности к проводимой их ребенку антихеликобактерной терапии является недостаточной и в большинстве случаев родители не соблюдают в полной мере режим назначенной схемы лечения, что является причиной неполного получения курса эрадикационной терапии, рекомендованной

лечащим врачом. В свою очередь, среди причин, снижающих приверженность к терапии, важную роль играет низкий уровень коммуникаций врач – родители пациента. В данных условиях возрастает потребность во внедрении модели взаимодействия врач-провизор-родители пациента, где ряд вопросов по использованию предложенной терапии будет возлагаться именно на провизора крупной аптечной сети, либо медицинского центра, что поможет повысить комплаентность к лечению в семьях детей, страдающих ХГДП.

### Список литературы References

1. Алесинский М.М., Налётов С.В., Налётова Е.Н. 2018. Низкий уровень комплаентности больных гипертонической болезнью, проживающих на территории Донбасса, как следствие недостаточных коммуникаций пациент-врач и пациент-провизор. Университетская клиника. 1 (26): 35-40.

Alesinskij M.M., Naljotov S.V., Naljotova E.N. 2018. Nizkij uroven' komplaentnosti bol'nyh gipertonicheskoj bolezni, prozhivajushhih na territorii Donbassa, kak sledstvie nedostatochnyh kommunikacij pacient-vrach i pacient-provizor [Low level of compliance of patients with essential hypertension living on the territory of the Donbass, as a consequence of insufficient communication, patient-doctor and patient-pharmacist]. Universitetskaja klinika. 1 (26): 35-40. (in Russian)

2. Андреев Д.Н., Кучерявый Ю.А. 2013. Факторы микро- и макроорганизма, влияющие на эффективность антихеликобактерной терапии. Consilium Medicum. 8: 5-9.

Andreev D.N., Kucherjavij Ju.A. 2013. Faktory mikro- i makroorganizma, vlijajushhie na jeffektivnost' antihelikobakterno jterapii [Factors of micro- and macroorganisms, affecting the effectiveness of antihelicobacter therapy]. Consilium Medicum. 8: 5-9. (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 klinicheskoj mediciny. 33: 64–70. (in Russian)

4. Данилов Д.С. 2008. COMPLAENS В МЕДИЦИНЕ И МЕТОДЫ ЕГО ОПТИМИЗАЦИИ (КЛИНИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ). Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 01: 13-20.

Danilov D.S. 2008. Kompluens v medicine i metody ego optimizacii (klinicheskie, psihologicheskie i psihoterapevticheskie aspekty) [Compliance in medicine and methods of its optimization (clinical, psychological and psychotherapeutic aspects)]. Psihiatrija i psihofarmakoterapijaim. P.B. Gannushkina. 01: 13-20. (in Russian)

5. Данилов Д.С. 2014. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 6(2): 4-12.

Danilov D.S. 2014. Terapevticheskoe sotrudnichestvo (kompluens): sodержanie ponjatija, mehanizmy formirovanija i metody optimizacii [Therapeutic cooperation (compliance): the content of the concept, the mechanisms of formation and optimization methods]. Nevrologija, nejropsihiatrija, psihosomatika. 6 (2): 4-12. (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 komplaentnosti u bol'nyh jazvennoj bolezni dvenadcatiperstnoj kishki, oslozhennoj subidekompensirovannym stenozom [School for patients as a method of improving compliance in patients with duodenal ulcer complicated by sub-and decompensated stenosis]. Vestnik hirurgicheskoj gastrojenterologii. 1-2: 64-68. (in Russian)

7. Койчуйев А.А. 2013. Приверженность в лечении: методики оценки, технологии коррекции недостаточной приверженности терапии. Медицинский вестник северного Кавказа. 8 (3): 65-69.

Kojchuev A.A. 2013. Priverzhennost' v lechenii: metodiki ocenki, tehnologii korrekcii nedostatochnoj priverzhennosti terapii [Adherence to treatment: assessment techniques, correction of insufficient adherence to therapy]. Medicinskij vestnik severnogo Kavkaza. 8 (3): 65-69. (in Russian)

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

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

9. Маев И.В., Кучерявый Ю.А., Андреев Д.Н. 2013. Причины неэффективности антихеликобактерной терапии. РЖГГК. 6: 62-72.

Maev I.V., Kucherjavij Ju.A., Andreev D.N. 2013. Prichiny nejeffektivnosti antihelikobakternoj terapii [The reasons for the ineffectiveness of antihelicobacter therapy]. RZhGGK. 6: 62-72. (in Russian)

10. Маев И.В., Кучерявый Ю.А., Андреев Д.Н. 2014. Актуальные возможности оптимизации антихеликобактерной терапии. Лечащий врач. 4: 73-79.

Maev I.V., Kucherjavij Ju.A., Andreev D.N. 2014. Aktual'nye vozmozhnosti optimizacii antihelikobakternoj terapii [Topical opportunities for optimizing anti-Helicobacter therapy]. Lechashhij vrach. 4: 73-79. (in Russian)

11. Микиртичан Г.Л., Каурова Т.В., Очкур О.А. 2012. COMPLAENTNOST' KAK MEDIKO-SOCIAL'NAYA I ETICHESKAYA PROBLEMA PEDIATRII. Вопросы современной педиатрии. 11 (6): 5-10.

Mikirtichan G.L., Kaurova T.V., Ochkur O.A. 2012. Komplaentnost' kak mediko-social'naja i jeticheskaja problema pediatrii [Compliance as a medico-social and ethical problem of pediatrics]. Voprosy sovremennoj pediatrii. 11 (6): 5-10. (in Russian)

12. 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 hronicheskoy 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)

13. 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 komplaentnosti – 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)

14. Новикова И.А., Попов В.В. 2015. COMPLAENTNOST' I KACHESTVO ZHIZNI PSIHOSOMATICHESKIH BOL'NYH. Медицинская психология в России. 6 (35).

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

15. 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., Makareno E.V. 2014. Priverzhennost' k farmakoterapii – neobhodimoe uslovie jeffektivnogo lechenija [Adherence to pharmacotherapy is a necessary condition for effective treatment]. Lechebnoedelo. 5 (39): 47-52. (in Russian)

16. 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 Maastricht 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)

17. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Московченко Д.В. 2014. Роль эффективных коммуникаций врача и пациента как фактор успешного психологического преодоления болезни. Ремедиум. 10: 6-8.

Sirota N.A., Jaltonskij V.M., Moskovchenko D.V. 2014. Rol' jeffektivnyh kommunikacij vracha i pacienta kak faktor uspeshnogo psihologicheskogo preodolenija bolezni [The role of effective communications between the doctor and the patient as a factor in the successful psychological overcoming of the disease]. Remedium. 10: 6-8. (in Russian)

18. 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 Maastrihstskij 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)

19. Терещенко С.Ю., Ольховский И.А. 2014. Диагностика хронической инфекции *Helicobacter pylori* у детей. *Клиническая лабораторная диагностика*. 2: 48-53.

Tereshhenko S.Ju., Ol'hovskij I.A. 2014. Diagnostika hronicheskoj infekcii *Helicobacter pylori* u detej [Diagnosis of chronic *Helicobacter pylori* infection in children]. *Klinicheskaja laboratornaja diagnostika*. 2: 48-53. (in Russian)

20. Файзуллина Р.А., Абдуллина Е.В. 2012. Факторы патогенности и вирулентности *Helicobacter pylori* и их роль в развитии хеликобактер-ассоциированной гастродуоденальной патологии. *Практическая медицина*. 1 (49): 74-78.

Fajzullina R.A., Abdullina E.V. 2012. Faktory patogennosti i virulentnosti *Helicobacter pylori* i ih rol' v razvitii helikobakter-associirovannoj gastroduodenal'noj patologii [Helicobacter pylori pathogenicity and virulence factors and their role in the development of Helicobacter-associated gastroduodenal pathology]. *Prakticheskaja medicina*. 1 (49): 74-78. (in Russian)

21. Циммерман Я.С., Вологжанина 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 factor povyshenijaj effektivnosti 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)

22. Щанова О.Н., Прохорова Л.Н. 2016. Возможности повышения эффективности эрадикации *Helicobacter pylori* у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. *РЖГГК*. 2: 11-18.

Shhanova O.N., Prohorova L.N. 2016. Vozmozhnosti povyshenija j effektivnosti jeradikacii *Helicobacter pylori* u bol'nyh jazvennoj bolezni'ju zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki [Possibilities of increasing the effectiveness of *Helicobacter pylori* eradication in patients with peptic ulcer of the stomach and duodenum]. *RZhGGK*. 2: 11-18. (in Russian)

23. P. Malfertheiner, F Megraud, CAO'Morain, J P Gisbert, E J Kuipers, A T Axon, F Bazzoli, A Gasbarrini, J Atherton, D Y Graham, R Hunt, P Moayyedi, T Rokkas, M Rugge, M Selgrad, S Suerbaum, K Sugano, E M El-Omar. 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.

24. O'Connor J.P., Taneike I., O'Morain C. 2009. Improving compliance with *Helicobacter pylori* eradication therapy: when and how? *Therapeutic Advances in Gastroenterology*. 2 (5): 273-279.

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