

УДК 616.324-002.44-06-089

**КОМПЛАЕНТНОСТЬ БОЛЬНЫХ
ОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Корочанская Наталья Всеволодовна – д.м.н.,
профессор
*ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2,
Кубанский государственный медицинский
университет, Краснодар, Россия*

Дурлештер Владимир Моисеевич – д.м.н.,
профессор
*ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2,
Кубанский государственный медицинский
университет, Краснодар, Россия*

Клещева Ольга Анатольевна – к.м.н.
*ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2,
Кубанский государственный медицинский
университет, Краснодар, Россия*

В статье предложен способ выбора тактики послеоперационной реабилитации больных осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, который учитывает уровень комплаентности пациентов и позволяет индивидуализировать тактику их ведения (медикаментозная и/или хирургическая реабилитация).

Ключевые слова: ОСЛОЖНЕННАЯ ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ, КОМПЛАЕНТНОСТЬ

UDC 616.324-002.44-06-089

**PATIENT COMPLIANCY WITH
COMPLICATED DUODENAL ULCER
DISEASE**

Korochanskaya Natalia Vsevolodovna – MD, prof.
*SBIHC Krai clinic hospital Nr 2,
Kuban state medical university, Krasnodar, Russia*

Durleshter Vladimir Moiseevich – MD, prof.
*SBIHC Krai clinic hospital Nr 2,
Kuban state medical university, Krasnodar, Russia*

Klescheva Ol'ga Anatol'evna – Ph.D. (Med.)
*SBIHC Krai clinic hospital Nr 2,
Kuban state medical university, Krasnodar, Russia*

The article presented a method of post-operation rehabilitation of patients with complicated duodenal ulcer disease. The method allowed for patient compliancy level and selected the treatment tactics (conservative and/or surgical rehabilitation).

Key words: COMPLICATED DUODENAL ULCER DISEASE, POST-OPERARED REHABILITATION, COMPLIANCY

В современной медицине одним из важных факторов терапевтического процесса является согласие больного на рекомендуемое лечение, степень доверия к врачу, стремление добровольно выполнять назначения. В зарубежной литературе показатель, отражающий степень соблюдения пациентом рекомендаций врача, получил название «комплаенс» или «комплаентность» («compliance» – согласие, готовность – англ.) [1]. В свою очередь, М. Ferrana [2] рекомендует пользоваться выражением не «согласие с лечением», а «приверженность терапии», так как пациент в зависимости от собственных ощущений, представлений и взглядов приемлет или не приемлет полный пакет медицинской помощи.

Известно, что не все пациенты строго выполняют указания врача, и это существенно снижает эффективность схем консервативного лечения, оперативного вмешательства и повышает вероятность раннего послеоперационного рецидива заболевания. Проблема невыполнения пациентами врачебных рекомендаций в последние годы выходит на первый план, в том числе в развитых странах Европы и Америки. В мировой литературе приводятся следующие цифры:

- В США несоблюдение врачебных рекомендаций является причиной смертельных исходов заболеваний у 125000 пациентов ежегодно и обуславливает 10–25 % госпитализаций в стационары [3];
- 23 % внебольничной временной нетрудоспособности обусловлено отсутствием сотрудничества между врачом и пациентом, что приводит к потере 31,3 млрд дол. США на 380 000 пациентов [4];
- 10 % поступлений в стационары связано с отсутствием compliance у пациентов, экономические потери составляют 15,2 млрд дол. США на 3,5 миллионов пациентов [5];
- 50 % всех врачебных назначений выполняются больными некорректно [6];

- 1/3 пациентов принимают все назначенные препараты, 1/3 – только некоторые и еще 1/3 не принимают лекарств вовсе [7];
- 25000000 лекарственных назначений в год в США производится непрофессионалами [8];
- 80–90 % граждан США пользуются медицинскими советами членов семьи или друзей [9].

По мнению М. Hill, N. Houston (2005), социальными последствиями некомплаентности являются производственные и семейные проблемы больных, снижающие их качество жизни, а также финансовое бремя дорогостоящего лечения учащающихся рецидивов, которое, в конечном счете, ложится на плечи здорового населения.

По разным данным, процент соблюдения схемы приема препаратов варьирует от 60 до 92 %, а средняя частота соблюдения режима терапии составляет 76 % [6]. В. Jonsson, G. Karlsson [9], проанализировав прием лекарственных препаратов 60148 гастроэнтерологическими больными, продемонстрировали, что только 78 % из них придерживались назначенной схемы приема. J. Bensen, N. Britten [11] на основе материалов Medline и PsychINFO с 1980 по 2003 гг. и метаанализа 86 публикаций, пришли к заключению, что в среднем один из четырех больных не принимает назначенной терапии. Взвешенный средний показатель общей комплаентности составил 25,78 % при выборке в 23796 больных. Уровень приверженности терапии существенно снижался при увеличении размеров выборки и составлял 48,75 % в выборках менее 50 чел., и 22,82 % в выборках численностью свыше 150 чел. В результате различий по диагностическим группам обнаружено не было. Однако комплаентность была существенно ниже у первичных больных и больных с отказом от терапии в анамнезе.

Все исследователи проблемы противорецидивного лечения пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК)

пришли к выводу о том, что высокий уровень комплаентности является положительным предиктором эффективного лечения [12]. Так, по данным Л.В. Бендер [13], у 55,5 % пациентов причиной раннего рецидива дуоденальной язвы после перенесенной дуоденопластики (ДП) явилась их некомплаентность.

R. Van der Hulst и соавт. [14] в своих исследованиях демонстрируют необходимость оценки уровня комплаентности перед назначением эрадикационных схем. В исследованиях, проведенных D. Graham и соавт., [12] эрадикация *Helicobacter pylori* (HP) достигалась у 96 % больных ЯБДПК, принимавших более 60 % прописанных, согласно схеме, препаратов, и только у 69 % пациентов, принимавших меньшее количество препаратов. С другой стороны, Fallone и соавторы [15] не выявили существенного влияния комплаентности на эффективность эрадикационных схем. Анализ зависимости эффективности эрадикации от комплаентности пациентов показал, что эрадикация достигалась при применении схем на основе ингибиторов протонной помпы (ИПП) у комплаентных пациентов в 91,3–100 % случаев, у некомплаентных – в 33,3–40 %, а при использовании схем на основе де-нола у комплаентных пациентов – в 95,2–100 %, у некомплаентных – в 50,0 % случаев [16]. Схожие результаты приводят и зарубежные авторы [17].

Недостаточная приверженность пациентов, сопровождающаяся частой отменой и последующим возобновлением лечения, увеличивает вероятность возникновения осложнений [18]. Некомплаентность больных достоверно связана с повышенным риском госпитализаций и поступлений по скорой помощи [19].

Распространенность отказов пациентами от терапии привела к необходимости их классификации и объективной оценки. M. McAlindon [20] предложил различать отказы от терапии «полные», когда пациент отказывается от всего объема лекарственной терапии, и «частичные»,

когда больные отказываются от приема конкретных лекарственных препаратов, в целом соглашаясь с необходимостью лечения. К. Schutze и соавторы [21] выделяют отказы первичные, т.е. возникшие до начала лечения, и вторичные, когда пациент по какой-то причине отказывается от приема препаратов уже после начала терапии. Согласно De Carli [22], вторичные отказы от терапии определили как ранние и поздние. Кроме того, J. Cutler [17] всех больных подразделяет на тех, кто отказывается от лечения эпизодически (симптоматические отказы) и постоянно (постоянные или рецидивирующие отказы).

Однако, несмотря на постепенное осознание важности соблюдения комплаентности и врачами, и пациентами, проблема приверженности к терапии остается нерешенной. Это обосновывает важность изучения факторов, влияющих на участие больных в реабилитационных мероприятиях, готовность пациентов выполнять врачебные рекомендации.

Целью настоящей работы было определить уровень комплаентности больных и с его учетом разработать алгоритм реабилитации у них осложненной ЯБДПК.

Проводилось обследование и диспансерное наблюдение 178 больных осложненной ЯБДПК в возрасте от 18 до 74 лет (118 мужчин, 60 женщин), подвергшихся оперативному лечению. Средний возраст больных составил $46,7 \pm 1,3$ лет, период динамического наблюдения за пациентами – от 2 до 72 месяцев от момента операции.

Всем пациентам было проведено общеклиническое обследование (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови), эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС), ультразвуковое исследование органов брюшной полости, исследование желудочной секреции аспирационно-зондовым методом, диагностика НР-инфекции гистологическим и цитологическим методами, оценка качества жизни по опроснику SF-36, психологическая диагностика типов отношения к болезни с использованием опросника «Тип

отношения к болезни» (ТОБОЛ), диагностика депрессивных расстройств по шкале Бека. Оценка комплаентности больных осложненной ЯБДПК к лечению осуществлялась на основании критериев, представленных в таблице 1.

Таблица 1 – Критерии комплаентности у больных осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

Критерии	Комплаентные	Некомплаентные
Обращение за медицинской помощью (посещаемость) в амбулаторных условиях	90–100 %	0–89 %
Выполнение назначенного обследования в амбулаторных условиях	90–100 %	0–89 %
Выполнение назначенного медикаментозного лечения (количество принятых лекарственных препаратов) в амбулаторных условиях	70–100 %	0–69 %
Соблюдение диеты в амбулаторных условиях: - Режим питания - Пищевые погрешности (прием острого, жирного)	4 и более раз в сутки 1 раз в неделю и менее	3 раза в сутки и менее 2 раза в неделю и более

Статистическую обработку полученных результатов проводили по общепринятым методам вариационной статистики [23] с помощью компьютерной программы «Statistica-6,0», определяя выборочное среднее (M), выборочное среднеквадратичное отклонение (σ), ошибку среднего арифметического (m), переменную Стьюдента (t), показатель достоверности различий (p), критерий корреляции Пирсона (r), медиану (Me), перцентили ($V_{0,25}$ и $V_{0,75}$), критерий Манна – Уитни (U), критерий корреляции Спирмена (r).

Результаты исследования

На основании данных о проводимом обследовании и лечении в условиях поликлиники в течение года до операции пациенты с осложненной ЯБДПК были разделены на две группы: «комплаентные» и «некомплаентные». В обследуемых группах пациенты не различались по возрастному составу, в группе некомплаентных было больше мужчин (81 (78,6 %) против 39 (52 %), $p < 0,001$),

чаще выявлялось непрерывно рецидивирующее течение ЯБДПК (у 19 (18,5 %) больных против 5 (6,7 %), $p < 0,05$), чаще диагностировалась сопутствующая патология (у 78 (75,7 %) пациентов против 32 (42,7 %), $p < 0,001$).

При дооперационном обследовании у некомплаентных больных были выявлены выраженные изменения при выполнении ЭФГДС, преобладала высокая степень НР-контаминации, по показателям секреторной функции желудка достоверных различий получено не было (табл. 2).

Таблица 2 – Данные инструментальных и лабораторных методов исследования больных до операции, чел. (%)

Показатели		Комплаентные ($n = 75$)	Некомплаентные ($n = 103$)
Эзофагит (по Савари и Миллеру)	II степень	18 (24,0 %)	41 (39,8 %) *
	IV степень	0 (0 %)	8 (7,8 %) *
Признаки ГПОД		13 (17,3 %)	39 (37,9 %) *
Увеличение желудка	Умеренное	36 (48,0 %)	32 (31,0 %) *
	Выраженное	39 (52,0 %)	71 (68,9 %) *
Эрозивное воспаление СО желудка и ДПК		21 (28,0 %)	86 (83,5 %) ****
Язва желудка и/или ДПК		14 (18,7 %)	85 (82,5 %) ****
Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка и/или ДПК		13 (17,3 %)	43 (41,7 %) ***
НР- контаминация	I степень (+)	21 (28,0 %)	10 (9,7 %) **
	III степень (+++)	19 (25,3 %)	47 (45,6 %) **
БПК, ммоль/л		$5,1 \pm 0,6$	$5,5 \pm 0,5$
БПП, мг/ч		$72,2 \pm 7,5$	$71,3 \pm 5,8$
МПК, ммоль/л		$29,9 \pm 2,1$	$28,8 \pm 1,9$
МПП, мг/ч		$200,3 \pm 7,2$	$204,2 \pm 6,6$

Примечание: отмечены достоверные отличия от «комплаентных» больных (*) $-p < 0,05$; (**) $-p < 0,01$; (***) $-p < 0,001$; (****) $-p < 0,0001$.

Во время интраоперационного исследования у комплаентных пациентов достоверно чаще ($p < 0,05$) выявлялся изолированный стеноз, а у некомплаентных больных – сочетание осложнений ЯБДПК ($p < 0,05$). Стеноз чаще сочетался с пенетрацией язвы в головку поджелудочной железы и гепатодуоденальную связку. У некомплаентных больных чаще диагностировался тубулярный стеноз ($p < 0,05$) и активный язвенный процесс ($p < 0,0001$) (табл. 3).

Таблица 3 – Данные интраоперационного исследования у обследуемых больных, чел. (%)

Показатели	Комплаентные (n = 75)	Некомплаентные (n = 103)
Изолированный стеноз	73 (97,3 %)	87 (84,5 %) *
Сочетание осложнений ЯБДПК:	2 (2,7 %)	16 (15,5 %) *
- сочетание стеноза и пенетрации	2 (2,7 %)	12 (11,7 %)
- сочетание стеноза, кровотечения и пенетрации	0 (0 %)	2 (1,9 %)
- сочетание стеноза и перфорации	0 (0 %)	1 (0,9 %)
- сочетание стеноза, пенетрации и перфорации	0 (0 %)	1 (0,9 %)
Сегментарный стеноз	36 (48,0 %)	33 (32,0 %) *
Тубулярный стеноз	39 (52,0 %)	70 (67,9 %) *
Язва ДПК	14 (18,7 %)	85 (82,5 %) **

Примечание: отмечены достоверные отличия от «комплаентных» больных (*) – $p < 0,05$; (**) – $p < 0,0001$.

Согласно данным таблицы 4, некомплаентные больные, по сравнению с комплаентными, дольше находились на стационарном лечении как до, так и после операции.

Таблица 4 – Сроки пребывания обследуемых больных в стационаре

	До операции		После операции	
	Комплаентные (n = 75)	Некомплаентные (n = 103)	Комплаентные (n = 75)	Некомплаентные (n = 103)
Срок пребывания (койко-дни)	5,9 ± 1,6	9,2 ± 1,3 *	7,2 ± 1,9	11,5 ± 1,6 *

Примечание: (*) – отмечены достоверные отличия ($p < 0,05$) от «комплаентных» больных.

Увеличение сроков пребывания в стационаре у некомплаентных пациентов было связано с тяжестью состояния, обусловленного основным заболеванием, сопутствующей патологией и развившимися послеоперационными осложнениями (табл. 5). Наиболее типичным осложнением ДП являлся острый послеоперационный панкреатит, который в основном протекал в легкой abortивной форме, диагностировался по увеличению

ферментативной активности сыворотки крови и отмечался у 4 из 5 пациентов после выполнения ДП по поводу «низких» околососочковых язв ДПК.

Таблица 5 – Ранние послеоперационные осложнения у обследуемых больных, чел. (%)

Характер осложнения	Комплаентные (n = 75)	Некомплаентные (n = 103)
Острый послеоперационный панкреатит с манифестированной клиникой	1 (1,3 %)	4 (3,9 %)
Неинфицированные ограниченные жидкостные внутрибрюшные скопления	1 (1,3 %)	2 (1,9 %)
Парадуоденальный инфильтрат	0 (0 %)	1 (0,9 %)
Анастомозит	0 (0 %)	1 (0,9 %)
Длительный гастродуоденостаз и парез кишечника	0 (0 %)	2 (1,9 %)
Желудочно-кишечное кровотечение (кровотечение из линии анастомоза)	0 (0 %)	2 (1,9 %)
Нагноение послеоперационной раны	1 (1,3 %)	1 (0,9 %)
Рефлюкс-гастрит	2 (2,7 %)	7 (6,8 %)
Всего	5 (6,7 %)	20 (19,4 %)*

Примечание: (*) – отмечены достоверные отличия ($p < 0,05$) от «комплаентных» больных.

В послеоперационном периоде мы осуществляли проспективное наблюдение за больными в течение 6 лет. У исследуемых больных анализ комплаентности проводился повторно во время первого контрольного обследования через два месяца после перенесенной ДП. Группа «комплаентных» включала 106 (59,6 %) пациентов, «некомплаентных» – 72 (40,4 %) пациента. Группы больных не различались между собой по полу и возрасту.

Оценка эффективности реабилитационных мероприятий у больных после ДП (изолированной и в сочетании с селективной проксимальной ваготомией (СПВ)) проводилась отдельно. У больных, перенесших ДП, «мишенями» для медикаментозной реабилитации являются НР-контаминация слизистой оболочки желудка (СОЖ) и повышенная секреция хлористоводородной кислоты и пепсина [Н.В. Корочанская, 1999; Л.И. Клименко, 2002; М.Н. Давыденко, 2003], у больных после ДП и СПВ – НР-контаминация и моторно-эвакуаторные нарушения гастродуоденального комплекса [С.Н. Серикова, 2002].

При ЭФГДС у некомплаентных пациентов, перенесших ДП, чаще выявлялись эрозивное воспаление СОЖ и ДПК и рецидивы дуоденальной язвы (ДЯ) (рис. 1, 2). У больных, перенесших ДП и СПВ, в динамике интраскопических показателей достоверных различий между группами обнаружено не было. После изолированной ДП среди некомплаентных достоверно больше было НР-позитивных больных, аналогичная зависимость наблюдалась и у больных, перенесших ДП и СПВ (рис. 3, 4).



Рисунок 1. Частота встречаемости эрозивного гастрита / дуоденита у больных после ДП

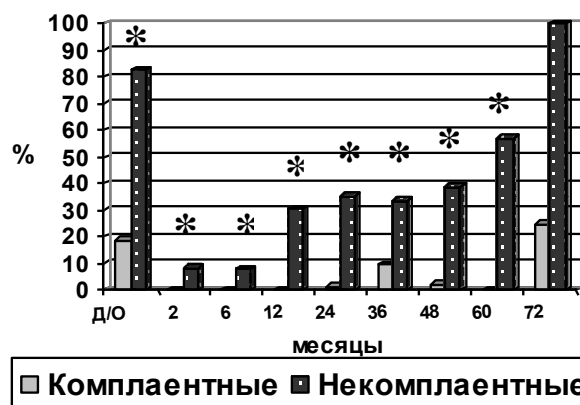


Рисунок 2. Частота возникновения рецидивов у больных после ДП

Примечание: здесь и далее «*» – отмечены достоверные ($p < 0,05$) отличия от «комплаентных» пациентов.



Рисунок 3. НР-контаминация у больных после ДП

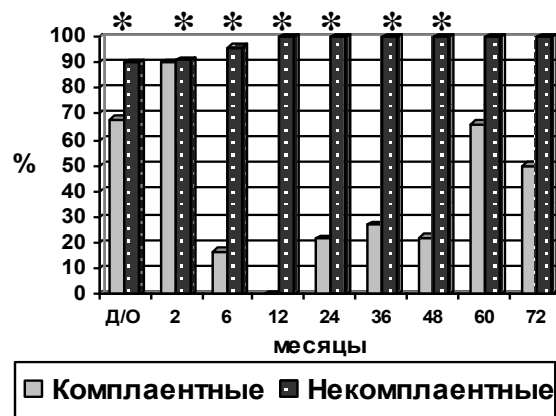


Рисунок 4. НР-контаминация у больных после ДП и СПВ

В таблице 6 представлены результаты проведенного анализа, в ходе которого была выявлена зависимость эрадикации от уровня

комплаентности больных как после изолированной ДП, так и ДП в сочетании с СПВ.

Таблица 6 – Зависимость эффективности эрадикации от комплаентности обследуемых пациентов, чел. (%)

Схемы лечения	ДП				ДП и СПВ			
	Комплаентные (n = 86)		Некомплаентные (n = 61)		Комплаентные (n = 20)		Некомплаентные (n = 11)	
	n	Эрадикация	n	Эрадикация	n	Эрадикация	n	Эрадикация
Схема I линии	51	46 (90,2 %)	48	19 (39,6 %) **	1 8	13 (72,2 %)	9	2 (22,2 %) *
Схема II линии	11	9 (81,8 %)	17	5 (29,4 %)*	5	3 (60,0 %)	4	0 (0 %)

Примечание: отмечены достоверные отличия от показателей в группе № 1(К) (*) – $p < 0,05$; (**) – $p < 0,0001$.

Исследование секреторной функции желудка обследуемых пациентов продемонстрировало, что у некомплаентных больных после ДП показатели базальной и стимулированной желудочной секреции на всем протяжении послеоперационного наблюдения не отличались от дооперационных. В отдаленном послеоперационном периоде были отмечены достоверно более высокие показатели желудочной секреции в отличие от «комплаентных» пациентов (рис. 5–8). У больных после ДП и СПВ уровень базальной и стимулированной секреции, по сравнению с дооперационными показателями, достоверно снизился в обеих группах. Различий в показателях секреции между комплаентными и некомплаентными больными не было (рис. 9–12).

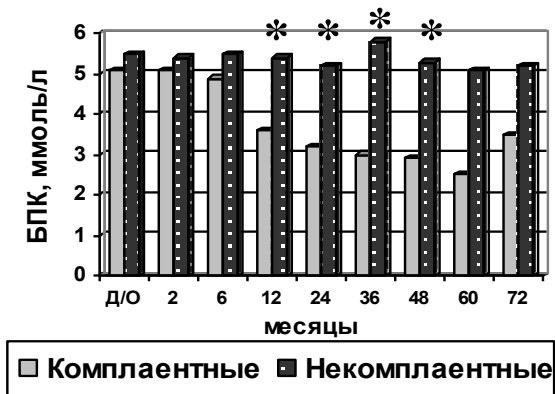


Рисунок 5. Базальная продукция кислоты (БПК) у больных после ДП

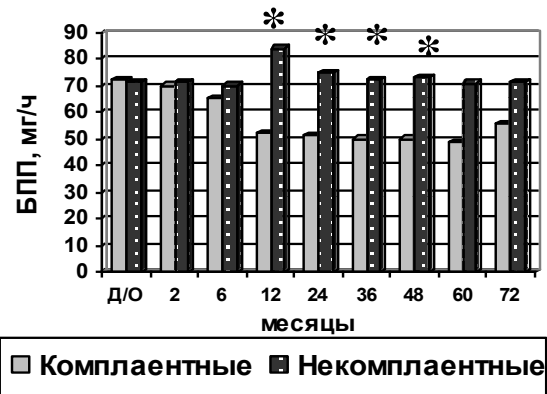


Рисунок 6. Базальная продукция пепсина (БПП) у больных после ДП

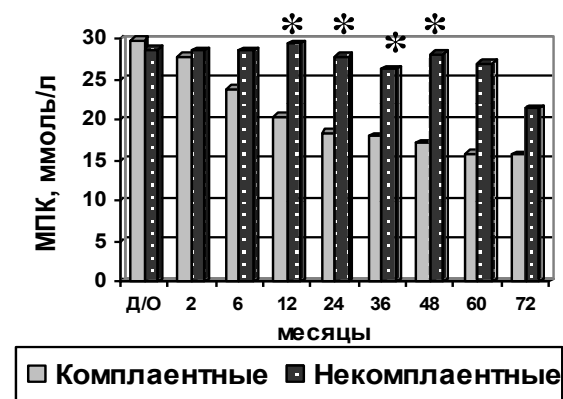


Рисунок 7. Максимальная продукция кислоты (МПК) у больных после ДП

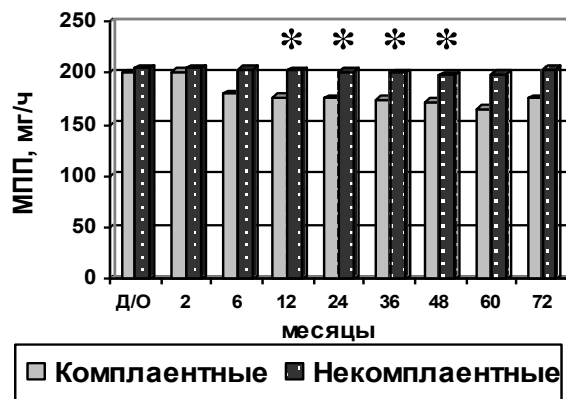


Рисунок 8. Максимальная продукция пепсина (МПП) у больных после ДП

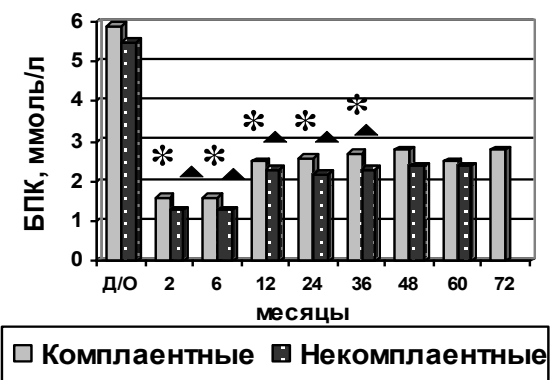


Рисунок 9. Базальная продукция кислоты (БПК) у больных после ДП и СПВ

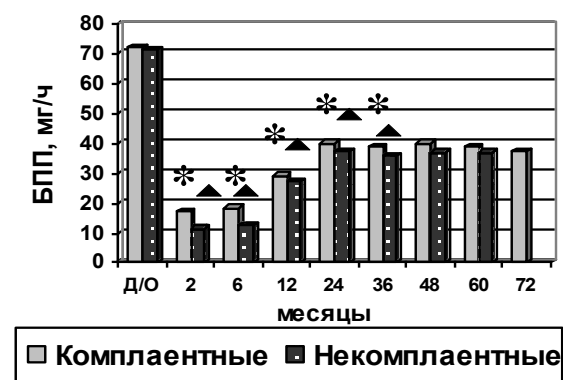


Рисунок 10. Базальная продукция пепсина (БПП) у больных после ДП и СПВ

Примечание: здесь и далее достоверные отличия ($p < 0,05$) от исходных показателей отмечены «*» у «комплаентных»; «▲» – у «некомплаентных» пациентов.

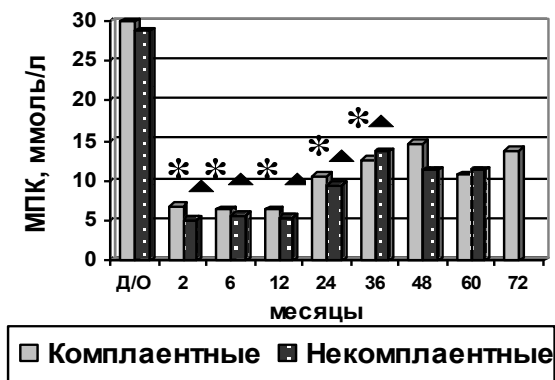


Рисунок 11. Максимальная продукция кислоты (МПК) у больных после ДП и СПВ

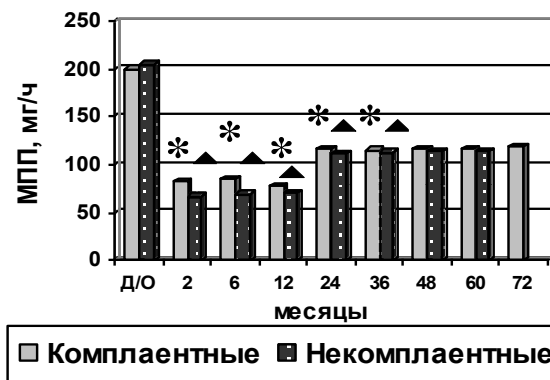


Рисунок 12. Максимальная продукция пепсина (МПП) у больных после ДП и СПВ

Наиболее важным критерием в определении долговременной эффективности лечения и интерпретации полученных результатов является качество жизни (КЖ) больных (рис. 13, 14). У «некомплаентных» пациентов как до операции, так и на протяжении всего периода послеоперационного наблюдения выявлялись достоверно более низкие показатели КЖ по шкалам физического и психического здоровья. Была отмечена тенденция к снижению показателей КЖ, которые к концу 6 года наблюдения практически не отличались от дооперационных. У комплаентных пациентов к концу второго года показатели КЖ приближались к популяционной норме.

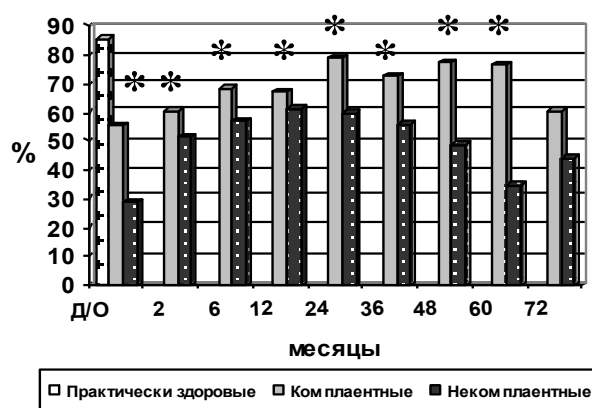


Рисунок 13. Качество жизни больных до и после ДП (суммарная шкала физического здоровья)

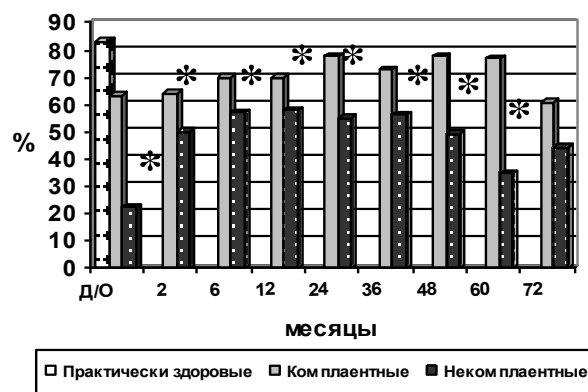
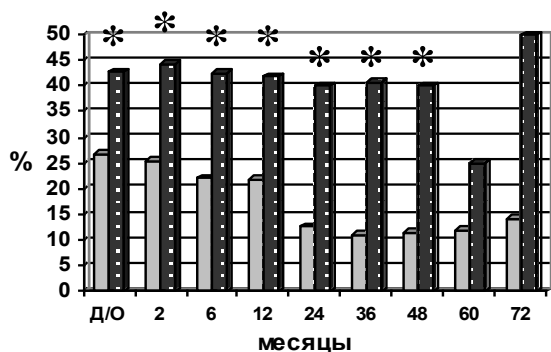


Рисунок 14. Качество жизни больных до и после ДП (суммарная шкала психического здоровья)

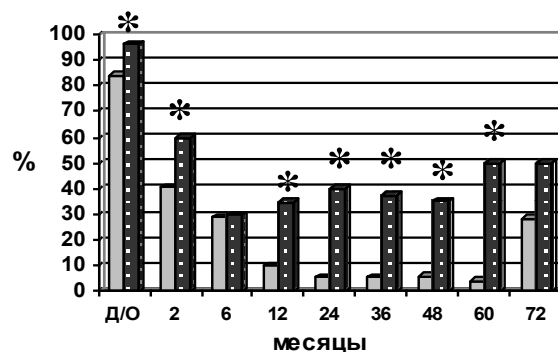
Примечание: здесь и далее «*» – отмечены достоверные ($p < 0,05$) отличия от «комплаентных» пациентов.

Как до операции, так и в послеоперационном периоде у «некомплаентных» пациентов наблюдались более значимые изменения психоэмоционального статуса: чаще диагностировались дезадаптивные типы отношения к болезни (ТОБ) и депрессивные расстройства различной степени тяжести (рис. 15, 16).



□ COMPLAINTS ■ NON-COMPLIANT

Рисунок 15. Частота встречаемости дезадаптивных типов отношения к болезни у обследуемых больных



□ COMPLAINTS ■ NON-COMPLIANT

Рисунок 16. Частота выявления депрессивного расстройства у обследуемых больных

Заключение

Таким образом, в ходе исследования было продемонстрировано, что комплаентность является одним из основных предикторов, влияющих на течение заболевания и эффективность хирургического и медикаментозного лечения.

Нами был предложен и апробирован на практике способ выбора тактики послеоперационной реабилитации больных осложненной ЯБДПК, который учитывает уровень комплаентности пациентов и позволяет индивидуализировать тактику их ведения (медикаментозная и/или хирургическая реабилитация). На наш взгляд, дифференцированный подход позволит повысить эффективность реабилитации, уменьшить частоту возникновения рецидивов дуоденальной язвы (ДЯ), снизить расходы на медикаментозную терапию и частоту выполнения СПВ как второго этапа оперативного лечения, предотвратить инвалидизацию пациентов и сократить сроки временной нетрудоспособности, будет способствовать достижению высокого КЖ больных.

Список литературы

1. *Rudd P.* Clinicians and patients with hypertension: unsettled issues about compliance// *Am. Heart J.* 1995. V. 130. P. 572–579.
2. *Ferrana M., Di Mario F., Battaglia G. et al.* Compliance with therapy for ulcer disease: clinical experience and review of the literature // *Adv. Ther.* 1994. Vol. 11. N 2. P. 52–57.
3. *Smith D.* Compliance packing: a patient education Tool // *American Pharmacy.* 1989. Vol. N S29. N 2.
4. *Strelec M.A., Mion A.M.* The influence of patient's consciousness regarding high blood pressure and patient's attitude in face of disease controlling medicine intake // *Arc. Bras. Cardiol.* 2003. Vol. 81. P. 349–354.
5. *Prochaska J.O., Reddong C.A., Evers K.E.* The Transtheoretical Model and Stages of Change. In: Glanz K. editor. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*, 2nd edn. San Francisco; Jossey-Bass. 1997.
6. *Neutel J., Smith D.* Improving patient compliance: a major goal in the management of hypertension // *J. Clin Hypertens.* 2003. Vol. 5. P. 127–132.
7. *Hayes R.D., Shapiro M.F.* An overview of generic health related quality of life measures for HIV research // *Quality of life research.* 1991. № 1. P. 7.
8. *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. Vol. 9 (Suppl. 1). P. 65–66.
9. *Jonsson B., Karlsson G.* Economic evaluation in gastrointestinal disease // *Scand. J. Gastroenterol.* 1996. Vol. 220. P. 44–51.
10. *Hill M., Houston N.* Adherence to antihypertensive therapy // Chapter. 2005 Vol. 131. P. 390–392.
11. *Benson J., Britten N.* Keep taking the tablets // *BMJ.* 2003. Vol. 326. P. 1314–1317.
12. *Graham D., Lew G., Malaty H. et al.* Factors influencing the eradication of *Helicobacter pylori* with triple therapy // *Gastroenterology.* 1992. Vol. 102. N 2. P. 493–496.
13. *Бендер Л.В.* Реабилитация больных осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки после изолированной радикальной дуоденопластики: Автореф. дис. канд. мед. наук (14.00.27). Краснодар: Кубанская гос. мед. академия, 1999. 23 с.
14. *Van-der-Hulst R., Rauws E., Kooyu B.* Prevention of ulcer recurrence after eradication of *Helicobacter pylori*: a prospective long-term follow-up study // *Gastroenterology.* 1997. Vol. 113, № 4. P. 1082–1086.
15. *Fallone C., Loo V., Joseph L. et al.* Predictors of failure of *Helicobacter pylori* eradication and predictors of ulcer recurrence: a randomized controlled trial // *Clin. Invest. Med.* 1999. Vol. 22. N 5. P. 185–194.
16. *Давыденко М.Н.* Эрадикационная терапия осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у больных, перенесших радикальную дуоденопластику: Дис. канд. мед. наук (14.00.27, 14.00.05). – Краснодар: Кубанская гос. мед. академия, 2003. 167 с.
17. *Cutler A., Schubert T.* Patient factors affecting *Helicobacter pylori* eradication with triple therapy // *Am J. Gastroenterol.* 1993. Vol. 88, N 4. P. 505–509.
18. *Hill M., Houston N.* Adherence to antihypertensive therapy // Chapter. 2005. Vol. 131. P. 390–392.
19. *Незнанов Н.Г., Вид В.Д.* Проблема комплаенса в клинической психиатрии // *Психиатрия и психофармакотерапия.* 2004. Том 6, № 4. С. 17–19.
20. *McAlindon M., Taylor J., Ryder S.* The long-term management of patients with bleeding duodenal ulcers // *Aliment. Pharmacol. Ther.* 1997. Vol. 11, N 3. P. 505–510.

21. *Schutze K., Hentschel E.* Patient factors affecting *Helicobacter pylori* eradication with triple therapy // *Am. J. Gastroenterol.* 1995. Vol. 68. N 3. P. 205–209.
22. *De Carli G., Roth L.H.* Patients who refuse treatment in medical hospitals // *J.A.M.A.* 1995. Vol. 250. P. 1296–1298.
23. *Гланц С.* Медико-биологическая статистика. М.: Практика, 1999. 455 с.