

doi : 10.52485/19986173_2021_1_22
УДК 616.36-003.826-036.22(1-22)

¹Михайлова Н.В., ²Петрунько И.Л.

МОНИТОРИНГ КОМПЛАЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЖИРОВЫМ ГЕПАТОЗОМ НА СЕЛЬСКОМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

¹Областное Государственное учреждение здравоохранения «Усольская городская больница», 665459, г. Усолье-Сибирское, ул. Куйбышева, 4, Россия;

²Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования - филиал Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 664049, г. Иркутск, м/р Юбилейный, 100, Россия

Цель исследования. Провести мониторинг комплаентности у пациентов с жировым гепатозом разной этиологии.

Материалы и методы. Согласились участвовать в исследовании 1152 человек из 1568 жителей сельского терапевтического участка. Обследование включало: субъективные данные, в том числе алкогольный анамнез, объективный осмотр. Исследовались биохимические показатели крови: аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, общий белок, альбумин, протромбиновый индекс. Выполнялось ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Приверженность к терапии оценивалась через 6 месяцев после назначения лечения и консультирования по поводу образа жизни.

Результаты. Жировой гепатоз в рамках алкогольной болезни печени (АБП) был у 167 (14,5%) человек, в рамках неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) - у 225 (19,5%) ($p > 0,05$). Курящих среди больных стеатозом печени при НАЖБП было 43 человека (19,1%), тогда как при АБП - 145 чел. (86,8%) ($p < 0,001$). Среди больных жировым гепатозом при АБП выполняли врачебные рекомендации 11 (6,6%), при НАЖБП - 45 (20,0%) ($p < 0,05$). Гендерных различий среди них не выявлено ($p > 0,05$). Из 124 пациентов с алкогольным жировым гепатозом в возрасте 18-59 лет соблюдали рекомендации 11 (8,9%) человек, из 43 пациентов 60 лет и старше - никто ($p > 0,05$), тогда как из 108 пациентов с неалкогольным стеатозом - 29 (26,9%) и 16 (13,7%) ($p < 0,05$) соответственно.

Заключение. Комплаенс был лучше у больных неалкогольным жировым гепатозом (20,0%), чем алкогольным (6,6%) ($p < 0,05$). Гендерные различия не влияли на комплаенс ($p > 0,05$). Среди больных неалкогольным гепатозом комплаенс был более выражен у лиц трудоспособного возраста ($p < 0,05$). Среди больных стеатозом печени при АБП курящих было 86,8%, при НАЖБП - 19,1% ($p < 0,001$). Курение - дополнительный фактор риска развития АБП. При первом контакте с врачом только 13% больных алкогольным жировым гепатозом признаётся в злоупотреблении алкоголем.

Ключевые слова: гепатоз, стеатоз печени, комплаентность, сельское население

¹Mikhailova N.V., ²Petrunko I.L.

COMPLIANCE MONITORING IN PATIENTS WITH FATTY HEPATOSIS AT A RURAL THERAPEUTIC SITE.

¹Regional State budgetary institution health Usolskaja hospital, physician district,
4 Kuibysheva str., Usolye-sibirskoye, Russia, 665459;

²Irkutsk State Medical Academy of postgraduate education –Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education of Ministry of health of the Russian Federation,
100 Yubileyniy, Irkutsk, Russia, 664049

The aim of the research. To monitor compliance in patients with fatty hepatitis of various etiologies.

Materials and methods. 1152 people out of 1568 residents of the rural therapeutic site agreed to participate in the study. The survey included: subjective data, including alcohol history, physical examination. The biochemical parameters of blood were studied: alanine aminotransferase, aspartate aminotransferase, total protein, albumin, prothrombin index. An ultrasound examination of the abdominal organs was performed. Adherence to therapy was assessed 6 months after treatment and lifestyle counseling.

Results. Fatty hepatosis within the framework of alcoholic liver disease (ALD) was in 167 (14.5%) people, within the framework of non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) - in 225 (19.5%) ($p > 0.05$). There were 43 smokers among patients with liver steatosis with NAFLD (19.1%), while those with ALD - 145 people (86.8%) ($p < 0.001$). Among patients with fatty hepatosis with ALD, medical recommendations were followed in 11 (6.6%), with NAFLD - 45 (20.0%) ($p < 0.05$). There were no gender differences among them ($p > 0.05$). Of 124 patients with alcoholic fatty hepatosis at the age of 18-59 years, 11 (8.9%) people followed the recommendations, out of 43 patients 60 years and older - none ($p > 0.05$), while of 108 patients with non-alcoholic steatosis - 29 (26.9%) and 16 (13.7%) ($p < 0.05$), respectively.

Conclusion. Compliance was better in patients with non-alcoholic fatty hepatosis (20.0%), than alcoholic (6.6%) ($p < 0.05$). Gender differences did not affect compliance ($p > 0.05$). Among patients with non-alcoholic hepatosis, compliance was more pronounced in people of working age ($p < 0.05$). Among patients with liver steatosis with ALD, there were 86.8% smokers, with NAFLD - 19.1% ($p < 0.001$). Smoking is an additional risk factor for the development of ALD. At the first contact with a doctor, only 13% of patients with alcoholic fatty hepatosis admit to alcohol abuse.

Key words: hepatosis, liver steatosis, compliance, rural population

Жировой гепатоз развивается при воздействии множества этиологических факторов. При этом патогенез заболевания всегда один – последовательные, хорошо известные стадии сменяют друг друга: в дебюте патологии развивается стеатоз печени, затем стеатогепатит, в терминальной стадии – фиброз и цирроз печени [1].

Жировой гепатоз – патологический процесс, связанный с накоплением жиров и триглицеридов в клетках печени не зависимо от причины этого. Неалкогольный стеатоз печени представляет собой гетерогенную группу заболеваний, значительно различающихся по этиологическим факторам, времени развития и прогноза для жизни. Жировой гепатоз – единственная обратимая стадия развития жирового поражения печени с относительно благоприятным прогнозом с точки зрения состояния печени. Гепатоз у пациентов в основном остается в течение всей жизни, но у некоторых неуклонно прогрессирует до развития цирроза печени, а в ряде случаев – даже гепатоцеллюлярной карциномы.

Несмотря на доброкачественность течения жирового гепатоза, его лечение требует длительного соблюдения целого ряда врачебных рекомендаций. По данным Всемирной организации здравоохранения проблема недостаточной приверженности терапии является одной из самых насущных проблем современной медицины, особенно при хронических и длительно персистирующих процессах. Основные задачи в профилактике и лечении хронических болезней остаются недостижимыми из-за низкой приверженности пациентов к назначенной терапии, особенно к немедикаментозным методам (диета, режим, уровень физических нагрузок и т.д.) [2].

Цель исследования: провести мониторинг комплаентности у пациентов с жировым гепатозом разной этиологии, проживающих на сельском терапевтическом участке, в условиях реальной практики участкового терапевта.

Материалы и методы. Проведение исследования одобрено Комитетом по этике научных исследований Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования (Протокол заседания № 3 от 28 марта 2019 г.). Работа проводилась на сельском терапевтическом участке п. Тельма Усольского района численностью 1568 человек. Все жители участка были проинформированы о характере проводимого исследования, письменное согласие на участие дали 1152 человека. Исследование проводилось в реальных условиях повседневной практики участкового терапевта и в соответствии с руководящими принципами клинической практики и Российским законодательством.

Пациенты для исследования набирались как по обращаемости, так и методом подворовых обходов, посещались на дому. При общении с жителями участка в кругу родственников и соседей, в домашней обстановке проводился тщательный анализ образа жизни, оценка наличия и выраженности вредных привычек. При такой организации исследования, в тесном контакте с населением мы смогли максимально точно распределить больных на группы в зависимости от этиологии гепатоза. А при работе участковым

терапевтом была возможность длительно и подробно собирать информацию, обследовать, наблюдать, лечить и оценивать комплаентность пациентов.

Обследование, проведённое участникам исследования, включало: субъективные данные, в том числе алкогольный анамнез (под злоупотреблением алкоголя понимали употребление более 20 мл этанола для женщин и более 40 мл для мужчин в сутки и/или более 140 мл для женщин и 210 мл для мужчин в неделю (в прошлом и/или настоящем). Использовались опросники для выявления алкогольной зависимости («Я не алкоголик», Тест AUDIT, CAGE-опросник). В соответствии с полученными данными были выделены 2 группы пациентов со стеатозом печени: в рамках неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) и алкогольной болезни печени (АБП). Проводили анализ медицинской документации, объективный осмотр. Исследовались маркёры вирусных гепатитов В и С, биохимические показатели крови: аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), щелочная фосфатаза (ЩФ), общий белок, альбумин, протромбин. Выполнялось ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Пациенты с положительными маркерами вирусных гепатитов В и С (29 человек) в данный анализ не включались.

Дифференциация между стеатозом печени и стеатогепатитом или фиброзом, циррозом печени проводилась на основании ультразвукового обследования, функциональных тестов печени и эластографии печени методом сдвиговой волны с применением низкочастотных датчиков – количественное исследование.

Приверженность к терапии оценивалась через 1, 3 и 6 месяцев после назначения лечения и консультирования по поводу образа жизни. Больным стеатозом печени было рекомендовано полностью отказаться от употребления алкоголя, копчёной, жареной, жирной, солёной пищи. Абстиненция от алкоголя была главной рекомендацией для больных АБП, проводилась мотивационная беседа о безалкогольном образе жизни, рассказывалось о последствиях употребления алкоголя. Пациентам с избыточной массой тела с целью ее нормализации предлагалось гипокалорийное питание 4 – 5 раз в день небольшими порциями, увеличение в рационе рыбы, овощей, несладких фруктов. Кроме того, рекомендовались прогулки в умеренном темпе и/или аэробные физические нагрузки по 30 - 40 минут в день 5 раз в неделю. Медикаментозное лечение включало эссенциальные фосфолипиды 600 мг 3 раза в день во время еды, курсами по 3 месяца 2 раза в год - препараты, хорошо зарекомендовавшие себя при лечении ЖБП различной этиологии [3]. Пациентам с гиперлипидемией также назначался Аторвастатин 20 мг 1 раз в день.

Статистическая обработка проводилась с использованием критерия хи-квадрат пакета программ «Microsoft Office Excel 2007» и «STATISTICA». Различия считались статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$ (95%-й уровень значимости).

Результаты исследования. При обследовании 1152 человек жировой гепатоз в рамках АБП был выявлен у 167(14,5%) человек, их средний возраст был $50,3 \pm 11,1$ лет, курящих - 145 человек (86,8%), при этом мужчин – 96(57,5%), женщин – 71(42,5%) ($p > 0,05$). Жировой гепатоз в рамках НАЖБП выявлен у 225 (19,5%) ($p > 0,05$), их средний возраст был - $59,7 \pm 11,0$ лет ($p > 0,05$). Но курящих среди больных неалкогольным жировым гепатозом было статистически значимо меньше – 43 человека (19,1%) ($p < 0,001$), чем среди лиц с жировым гепатозом на фоне АБП (Рис. 1).

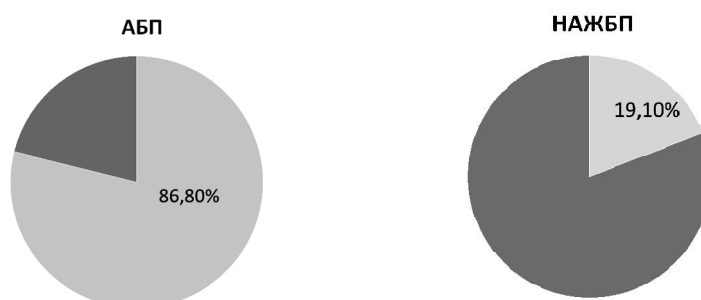


Рис. 1. Распространённость курения среди больных стеатозом печени при АБП и НАЖБП в %

Гендерный состав больных жировым гепатозом при НАЖБП был следующий: мужчин 45(20,0%), а женщин больше – 180(80,0%)($p<0,001$).

При проведении подворовых обходов и общении с обследуемыми мы выяснили особенности выявления злоупотребления алкоголем, весьма полезные для врачебной практики. Из 167 человек, имеющих жировой гепатоз алкогольной этиологии, на вопросы о злоупотреблении алкоголем давали отрицательные ответы 102 (61,1%) из них, а 43 (25,7%) пациента признавали факт употребления алкоголя, но «как все». И только деликатный, кропотливый и тщательный расспрос о видах алкогольных напитков и их дозах, проводимый в течение нескольких визитов, работа с родственниками, знакомыми и соседями, в том числе на дому, позволили правильно оценить степень пристрастия к спиртному. Таким образом, только 22 (13,2%) больных жировым гепатозом алкогольной этиологии признавали злоупотребление при обычном расспросе.

В ходе работы мы также столкнулись с тем, что использование рекомендованных опросников для выявления алкогольной зависимости («Я не алкоголик», Тест AUDIT, CAGE-опросник) малоэффективно на обычном врачебном приёме – большинство людей настораживается и отказывается отвечать на подробные вопросы об алкогольном поведении: «я пришёл не за этим», «зачем это». При раздаче анкет добиться их корректного заполнения и возврата также было сложно. Так, на сельском терапевтическом участке, даже среди больных неалкогольным жировым гепатозом не стали заполнять опросники 142 человека (63,1%), а среди больных алкогольным гепатозом – 122 (73,1%) ($p>0,05$) (Рис. 2).

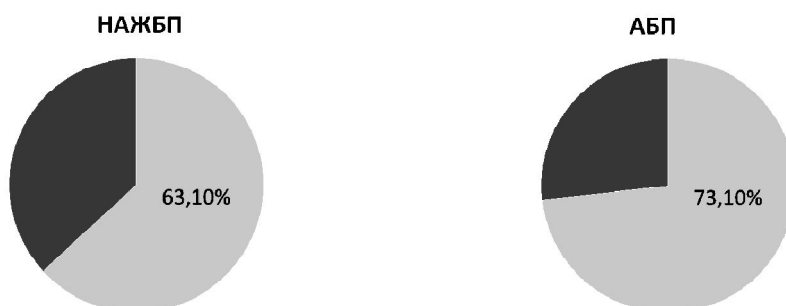


Рис. 2. Доля пациентов стеатозом печени, не желавших заполнять опросники по употреблению алкоголя в %

Дали корректные ответы на все пункты опросника без особых уговоров из числа не злоупотребляющих алкоголем 16 (7,1%) человек, из злоупотребляющих – 5 (3%) ($p>0,05$).

После проведения обследования всем, у кого был выявлен жировой гепатоз, назначалось лечение в зависимости от его этиологии. Мониторинг приверженности к терапии проводили только у тех пациентов, которые выполняли все врачебные рекомендации, так как не было пациентов, соблюдавших только не медикаментозные мероприятия. Обратиться за помощью к наркологу отказались все больные с жировым гепатозом алкогольной этиологии. Из 167 больных с алкогольным жировым гепатозом выполняли врачебные рекомендации в течение 6 месяцев наблюдения 11(6,6%) человек, а среди 225 больных неалкогольным жировым стеатозом печени 45 (20,0%) ($p<0,05$) (Рис. 3).

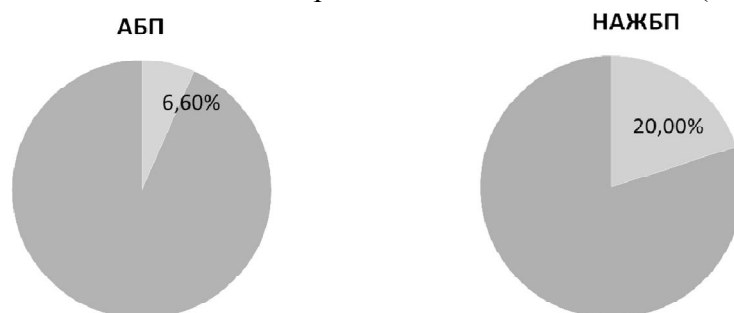


Рис. 3. Доля выполнявших врачебные рекомендации среди больных стеатозом печени при АБП и НАЖБП в %

При этом среди больных с жировым гепатозом неалкогольной этиологии отказались лечиться «сейчас» 149 (66,2%) человека, а среди больных жировым гепатозом алкогольной этиологии – 137 (82,0%) ($p>0,05$). Если анализировать только тех пациентов, кто первоначально хотел лечиться, получим следующие данные: из 76 с неалкогольным стеатозом печени соблюдали рекомендации в течение 6 месяцев – 45 (59,2%) больных, а из 30 алкогольным стеатозом печени – 11 (36,7%), но разница статистически не значима ($p>0,05$).

При проведении гендерного анализа среди соблюдающих врачебные рекомендации различий выявлено не было. Из 96 мужчин, больных жировым гепатозом алкогольной этиологии, выполняли рекомендации врача 6 (6,3%), а из 71 женщины - 5 (7,0%) ($p>0,05$). Из 45 мужчин больных жировым гепатозом неалкогольной этиологии, выполняли врачебные рекомендации 9 (20,0%), а из 180 женщин - 36 (20,0%) ($p>0,05$).

Также был проведён мониторинг возрастных различий среди выполняющих врачебные рекомендации. Группы были сформированы следующим образом: первая группа - молодой и средний возраст по критериям ВОЗ - до 59 лет включительно и вторая группа - лица пожилого и старческого возраста - от 60 лет и старше. Из 124 пациентов с алкогольным жировым гепатозом в возрасте 59 лет и моложе соблюдали рекомендации врача 11 (8,9%) человек, а из 43 пациентов 60 лет и старше – ни один, но разница оказалась статистически не значима ($p>0,05$). Среди 108 пациентов с жировым гепатозом неалкогольной этиологии в течение 6 месяцев выполняли врачебные рекомендации в возрасте 59 лет и моложе 29 человек (26,9%), а среди тех, кому было 60 лет и старше – 16 (13,7%) ($p<0,05$).

Обсуждение результатов. Наше исследование показало, что на сельском терапевтическом участке больные жировым гепатозом не алкогольной этиологии были старше ($59,7\pm 11,0$ лет), чем больные алкогольным гепатозом ($50,3\pm 11,1$), но разница была статистически не значима ($p>0,05$). По данным исследования DIREG 1, DIREG 01903 и DIREG 2, чаще всего НАЖБП выявляли в возрасте 50–59 лет (31,1%) [4] – что согласуется и с нашими результатами.

Что касается более молодого возраста больных алкогольным жировым гепатозом, можно полагать, что это заболевание формируется в более раннем возрасте и страдающие алкоголизмом чаще умирают в молодом возрасте. Об этом говорят следующие факты: АБП является одной из главных причин смерти в возрастной группе от 45 до 64 лет (не старых людей) от гепатита, цирроза печени и их осложнений в США [5]. По данным официальной статистики Российской Федерации 35% больных алкоголизмом умирают в молодом, наиболее активном возрасте (20–50 лет) [6], в результате чего уменьшается количество лиц пожилого и старческого возраста. Эти данные и объясняют более молодой возраст больных стеатозом печени алкогольной этиологии.

Современных исследований, касающихся жирового гепатоза алкогольной этиологии, в том числе возраста этих пациентов, в отечественных источниках мы не нашли. Вероятно, это следствие сложности такой работы, налаживания контакта с таким контингентом. Многие отказываются беседовать о своих вредных привычках, особенно подробно, так как это, по их мнению, оскорбляет честь и достоинство. Всё чаще врачи воздерживаются задавать пациентам «не удобные» вопросы и данная проблема практически не обсуждается в литературе [7]. В ходе нашего исследования на врачебном участке была возможность долго и дипломатично беседовать с пациентами и их близкими, наблюдать за ними при разных обстоятельствах, а при подворовых обходах многое удалось выяснить и увидеть.

На изучаемом сельском врачебном участке среди больных жировым гепатозом неалкогольной этиологии преобладали женщины ($p<0,001$). Но по литературным данным дополнительным фактором, увеличивающим риск развития жировой дегенерации печени, является мужской пол [8]. Вероятно, такое различие связано с особенностями дизайна нашего исследования.

Курили среди пациентов сельского врачебного участка с жировым гепатозом алкогольной этиологии большее количество больных, чем при жировом гепатозе неалкогольной этиологии ($p<0,001$). По данным литературы дополнительным фактором

прогрессирования АБП служит курение. Есть данные, показывающие, что курение, являясь независимым фактором развития окислительного стресса, ускоряет развитие фиброза у пациентов с АБП [9].

Наше исследование показало, что пациенты очень редко признаются в злоупотреблении алкоголем: только 13,2% злоупотребляющих сознались в этом при первой беседе. То, что алкоголики склонны скрывать свою проблему вследствие известных причин (моральных, юридических, медицинских), – давно известный факт [10]. На сельском терапевтическом участке старались скрыть злоупотребление алкоголем среди больных стеатозом печени алкогольной этиологии 102 (61,1%) человека и ещё 43 (25,7%) называли употребляемые ими дозы алкоголя нормальными. М.В. Маевская (2016) указала, что среди пациентов гастроэнтерологического профиля, злоупотребляющих алкоголем, только 16,5% обратились бы к лечащему врачу и 10,4% — к наркологу, 8,5% не считают потребление ими спиртных напитков проблемным, а 64,4% полагают, что могут справиться со своей проблемой самостоятельно [11]. Дизайн указанного исследования отличался от нашего – больные проходили стационарное лечение в связи с нарушением здоровья, поэтому были вынуждены быть более откровенны. Наши же пациенты находились дома, а стеатоз печени у них никак не проявлялся.

На самом деле выяснить точную распространённость злоупотребления алкоголем практически невозможно. Косвенно об этом можно судить по потреблению алкоголя на душу населения. По данным ВОЗ, потребление алкоголя среди взрослых (определяется как годовой объем продаж чистого алкоголя в литрах на человека в возрасте 15 лет и старше) в 2019 году в России составило 11,1 литров абсолютного алкоголя на душу населения [12]. Но это только официальные продажи, тогда как объёмы теневого производства неизвестны. Количество тех, кто пьет тайком, чтобы сохранить свою зависимость в секрете, намного превосходит явных завсегдатаев питейных заведений. На сельском врачебном участке многие употребляют самогон и суррогаты алкоголя.

Полученные нами данные показали, что шестерым из семи больных алкогольным стеатозом печени при первом осмотре можно поставить неверный диагноз. Зачастую граждане тщательно скрывают факт злоупотребления алкоголем. В 2005–2006 гг. было проведено исследование в одном из многопрофильных стационаров г. Москвы, показавшее, что у 44% больных различного пола и возраста, госпитализированных в кардиологические и терапевтические отделения, диагностирована алкогольная поливисцеропатия [13]. Таким образом, в г. Москве почти половина стационарных больных не профильных отделений имели патологию алкогольной этиологии. Данный факт убедительно говорит о распространённости и сложности выявления злоупотребления алкоголем, а значит и диагностики хронической алкогольной интоксикации. Статистика удельного веса такой «замаскированной» алкогольной патологии не ведётся и имеет место гипердиагностика других соматических заболеваний.

При нашем исследовании многие граждане не хотели в деталях обсуждать, как часто и какие алкогольные напитки они употребляют. Интересно, что лица, не страдающие злоупотреблением алкоголя, тоже не хотели подробно обсуждать эту тему. Использование специализированных опросников также оказалось проблематично – мало кто возвращал их заполненными. Рассказали о своём стиле употребления спиртных напитков только 16 (7,1%) человек среди не злоупотребляющих алкоголем и 5 (3%) среди злоупотребляющих ($p > 0,05$). Данных в литературе на эту тему нам найти не удалось. Сбор анамнеза у пациентов с АБП следует осуществлять с учётом склонности больных к неадекватной оценке своего состояния и частому стремлению к сокрытию злоупотребления спиртными напитками [14].

Наше исследование предлагает новый взгляд на изучение комплаентности. Обычно она изучается у больных, проходящих лечение по поводу какого-либо заболевания. Мы же выявили всех больных на обслуживаемой территории и всем предложили помощь. Выяснилось, что если заболевание не беспокоит человека, он не мотивирован на лечение. На сельском терапевтическом участке 66,2% больных стеатозом печени в рамках НАЖБП и

82,0% больных стеатозом печени в рамках АБП ($p>0,05$) сразу воздержались от выполнения терапевтических рекомендаций. Считается, что главные трудности развития комплайенса лежат в сфере общения врача и пациента, что врач недостаточно убедителен, не так объясняет [15]. Большая часть наших обследуемых, проживающих на сельском врачебном участке, решили отложить лечение «на потом», поясняя это отсутствием сейчас времени и/или средств. Мы полагаем, что такое отношение к болезни связано с тем, что она не доставляла проблем. Обратиться за помощью к наркологу отказались 100% злоупотребляющих алкоголем.

Выяснилось, что больные с неалкогольным жировым гепатозом соблюдали врачебные рекомендации в течение 6 месяцев мониторинга чаще, чем больные алкогольным жировым гепатозом: из 225 – 45 (20,0%) и из 167 больных – 11 (6,6%) соответственно ($p<0,05$). Мониторинг комплаентности среди пациентов, согласившихся на лечение, показал следующее: из 76 больных жировым гепатозом неалкогольной этиологии выполняли 6 месяцев врачебные рекомендации 45 (59,2%), а из 30 больных жировым гепатозом алкогольной этиологии – 11 (36,7%) ($p>0,05$). Проблема приверженности пациентов к терапии возникает, прежде всего, в тех случаях, когда отсутствует ярко выраженная клиническая симптоматика заболевания [16]. По оценкам специалистов долгосрочная приверженность к любому лечению, независимо от заболевания, низкая и не превышает 50% [17, 18]. Исследований по приверженности к терапии больных, злоупотребляющих алкоголем, проживающих на сельском врачебном участке, мы не нашли. В литературе упоминаются особенности образа жизни среди факторов, негативно влияющих на соблюдение рекомендаций, в том числе избыточное употребление алкоголя [19].

Гендерных различий комплайенса наш мониторинг не выявил, не зависимо от наличия злоупотребления алкоголем ($p>0,05$), в обеих группах сравнения. Литературные данные исследований приверженности к терапии в зависимости от пола разнятся. По данным одних авторов, женщины менее привержены к терапии (Митрофанова И.С., 2008), по данным других – женщины более дисциплинированы в выполнении врачебных назначений, чем мужчины [19]. Возможно, эти данные могут меняться в зависимости от дизайна исследования.

По данным проведённого нами мониторинга, пациенты с гепатозом неалкогольной этиологии до 59 лет включительно статистически значимо чаще (29-26,9%) соблюдали врачебные рекомендации, чем те, кому было 60 лет и более (16 человек - 13,7%) ($p<0,05$). Данные литературы о приверженности к терапии в зависимости от возраста также противоречивы. Одни исследования показывают, что лица старше 60 лет выполняют врачебные рекомендации более четко, чем более молодые [18]. В других же среди факторов, ухудшающих приверженность к терапии, упоминается как молодой (менее 35 лет) возраст, так и пожилой (более 65 лет) [20]. Однако нельзя не учитывать тот факт, что дизайн нашего исследования отличался от всех других. Мы не отбирали искусственные группы пациентов по какому-либо критерию. В наше исследование вошли все согласившиеся на него жители отдельной территории – сельского терапевтического участка, на котором жили обычные люди с реальным соотношением мужчин и женщин, злоупотребляющие алкоголем и нет, имеющие работу и достаток и нет, посещающие поликлинику и выполняющие назначения врача в условиях обычной жизни.

Выводы:

1. Комплаенс в течение 6 месяцев был выражен лучше у больных неалкогольным жировым гепатозом (20,0%), чем у больных алкогольным (6,6%) ($p<0,05$).
2. Больные алкогольным жировым гепатозом отказываются от лечения несколько чаще (82,0%), чем больные неалкогольным (66,2%), но отличия статистически незначимы ($p>0,05$).
3. На комплаенс гендерные различия не влияли, независимо от этиологии жирового гепатоза ($p>0,05$ в обоих случаях).

4. Среди больных жировым гепатозом неалкогольной этиологии комплаенс был более выражен у лиц трудоспособного возраста ($p < 0,05$), тогда как при жировом гепатозе алкогольной этиологии различий в зависимости от возраста выявлено не было ($p > 0,05$).
5. Курящих больше среди больных алкогольным жировым гепатозом – 86,8%, чем среди больных неалкогольным жировым гепатозом – 19,1% ($p < 0,001$). Дополнительным фактором риска развития АБП можно считать курение.
6. При первом контакте с пациентом только 13% больных алкогольным жировым гепатозом признаётся в злоупотреблении алкоголем.

Список литературы:

1. Дорофеева А.Э., Руденко Н.Н. Неалкогольная жировая болезнь печени: современные подходы к диагностике и лечению. Гастроэнтерология. 2015. 527. 17-20.
2. Adherencetolong-termtherapies: evidenceforaction.Geneva: WHO. 2003. Accessed: May 15, 2020 https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
3. Махов В.М., Володина Т.В., Панферов А.С. Жировая болезнь печени – современный патогенетический подход к терапии. Медицинский совет. 2016. 9. 76-82. doi.org/10.21518/2079-701X-2016-9-76-82.
4. Ивашкин В.Т., Драпкина О.М., Маев И.В. и соавт. Распространенность неалкогольной жировой болезни печени у пациентов амбулаторно-поликлинической практики в Российской Федерации: результаты исследования DIREG 2.Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2015. 6. 31-41.
5. Menon K.V., Gores G.J., Shah V.H. Pathogenesis, diagnosis, and treatment of alcoholic liver disease. Mayo Clin Proc. 2001. 76(10). 1021-1029.
6. Ивашкин В.Т., Маевская М.В., Павлов Ч.С. и соавт. Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени по ведению взрослых пациентов с алкогольной болезнью печени. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2017. 27(6)
7. Вёрткин А.Л., Комаровский А.Н., Скотников А.С. Алкоголь-ассоциированные состояния в многопрофильном стационаре. Лечащий врач. 2011. 11(11). Accessed 17.04.2020. <https://www.lvrach.ru/2011/09/10433432/>
8. Ивашкин В.Т., Маевская М.В., Павлов Ч.С. и соавт. Клинические рекомендации по диагностике и лечению неалкогольной жировой болезни печени Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2016. 26(2). 24-42.
9. Corrao G., Lepore A.R., Torchio P. et al. The effect of drinking coffee and smoking cigarettes on the risk of cirrhosis associated with alcohol consumption. A case-control study. Provincial Group for the Study of Chronic Liver Disease.Eur J Epidemiol. 1994. 10 (6). 657-664.
10. Востриков В.В., Зеленцов К.Е., Майорова О.В. и соавт. Методы диагностики алкогольной зависимости. Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. 2008. 6(4). 26-52.
11. Маевская М.В., Бакулин И.Г., Чирков А.А.и соавт. Злоупотребление алкоголем среди пациентов гастроэнтерологического профиля. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2016. 26(4). 24-35.
12. Всемирная организация здравоохранения. Европейская информационная система. Активна на 19.04.2020. <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/data-and-statistics>
13. Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И. Окончательный диагноз. ГЭОТАР-Медиа. 2008.
14. Алкогольная болезнь печени. Клинические рекомендации. МЗ РФ. Утверждены научным обществом гастроэнтерологов России, Российским научным медицинским обществом терапевтов. 2019. Активна на 16.05.2020. <https://www.rnmot.ru/public/uploads/RNMOT/clinical/2019/>

15. Фомина Н.В., Фомин И.В., Федосеева Т.В. Отношение врачей и пациентов к лечению болезни как социально-психологическая проблема (на примере лечения Артериальной гипертензии). Вестник Мининского университета. 2016. 2(15). 28.
16. Недогода С.В., Цома В.В., Ледяева А.А. Приверженность к терапии статинами и возможность ее улучшения в условиях реальной клинической практики. РМЖ. 2009. 8. 1086. https://www.rmj.ru/articles/kardiologiya/Priverghennosty_k_terapii_statinami_
17. Cramer J.A., Amonkar M.M., Hebborn A., Altman R. Compliance and persistence with bisphosphonate dosing regimens among women with postmenopausal osteoporosis. Curr Med Res Opin. 2005. 21(9). 1453-1460
18. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med. 2005. 353(5). 487-497.
19. Kim M.T., Han H.R., Hill M.N., et al. Depression, substance use, adherence behaviors, and blood pressure in urban hypertensive blackmen. Ann Behav Med. 2003. 26(1). 4-31.
20. Jin J., Sklar G.E., Oh V.M.S., et al. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. Ther Clin Risk Manag. 2008. 4(1). 269-286.

References:

1. Dorofeeva A. E., Rudenko N. N. Non-Alcoholic fatty liver disease: modern approaches to diagnosis and treatment. Gastroenterology. 2015. 527. 17-20. in Russian.
2. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva. WHO. 2003. Accessed May 15, 2020 https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
3. Makhov V.M., Volodina T.V., Panferov A.S. Fatty liver disease. Modern pathogenetic approach to therapy. Medical Council. 2016. 9. 76-82. doi.org/10.21518/2079-701X-2016-9-76-82. in Russian.
4. Ivashkin V.T., Drapkina O.M., Mayev I. In. et al. Prevalence of non-alcoholic fatty liver disease in outpatient practice patients in the Russian Federation: results of the DIREG 2. Russian journal of gastroenterology, Hepatology, and Coloproctology. 2015. 6. 31-41. in Russian.
5. Menon K.V., Gores G.J., Shah V.H. Pathogenesis, diagnosis, and treatment of alcoholic liver disease. Mayo Clin Proc. 2001. 76(10). 1021-1029.
6. Ivashkin V.T., Mayevskaya M.V., Pavlov Ch.S. et al. Management of adult patients with alcoholic liver disease: clinical guidelines of the Russian Scientific Liver Society. Russian journal of gastroenterology, Hepatology, and Coloproctology. 2017. 27(6). in Russian.
7. Vertkin A.L., Komarovskiy A.N., Skotnikov A.S. Alcohol-associated conditions in a multidisciplinary hospital. Attending physician. 2011. 11(11). Accessed 17.04.2020. <https://www.lvrach.ru/2011/09/10433432/> in Russian.
8. Ivashkin V.T., Mayevskaya M.V., Pavlov Ch.S. et al. Clinical recommendations for the diagnosis and treatment of non-alcoholic fatty liver disease of the Russian society for the study of the liver and the Russian gastroenterological Association. Russian journal of gastroenterology, Hepatology, and Coloproctology. 2016. 26(2). 24-42. in Russian.
9. Corrao G., Lepore A.R., Torchio P. et al. The effect of drinking coffee and smoking cigarettes on the risk of cirrhosis associated with alcohol consumption. A case-control study. Provincial Group for the Study of Chronic Liver Disease. Eur J Epidemiol. 1994. 10 (6). 657-664.
10. Vostrikov V.V., Zelentsov K.E., Maiorova O.V. et al. Methods of Diagnostics of Alcoholism. Reviews of clinical pharmacology and drug therapy. 2008. 6(4). 26-52. in Russian.
11. Mayevskaya M.V., Bakulin I.G., Chirkov A.A. et al. Alcohol abuse in gastroenterological patients. Russian journal of gastroenterology, Hepatology, and Coloproctology. 2016. 26(4). 24-35. in Russian.
12. The world health organization. The European Information System. Accessed 15.05.2020 <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/data-and-statistics>.
13. Vertkin A.L., Zayratyants O.V., Vovk E.I. Final diagnosis. GEOTAR-Media. 2008. in Russian.
14. Alcoholic liver disease. National Guidelines. Approved by the scientific society of gastroenterologists of Russia, the Russian scientific medical society of therapists. 2019. Accessed 16.05.2020. <https://www.rnmot.ru/public/uploads/RNMOT/clinical/2019/>

15. Fomina N.V., Fomin I.V., Fedoseeva T.E. Relation of doctors and patients to treatment of the illness as social and psychological problem (on the example of treatment of an arterial hypertension). Bulletin of Minin University. 2016. 2(15). 28. in Russian.
16. Nedogoda S.V., Tsoma V.V., Iedyaeva A.A. Adherence to statin therapy and the possibility of its improvement in real clinical practice. RMJ. 2009. 8. 1086 Accessed 16.05.2020. https://www.rmj.ru/articles/kardiologiya/Priverghennosty_k_terapii_statinami. in Russian.
17. Cramer J.A., Amonkar M.M., Hebborn A., Altman R. Compliance and persistence with bisphosphonate dosing regimens among women with postmenopausal osteoporosis. Curr Med Res Opin. 2005.21(9). 1453-1460.
18. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med. 2005. 353(5). 487-497.
19. Kim M.T., Han H.R., Hill M.N., et al. Depression, substance use, adherence behaviors, and blood pressure in urban hypertensive blackmen. Ann Behav Med. 2003.26(1). 24-31.
20. Jin J., Sklar G.E., Oh VMS, et al. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. Ther Clin Risk Manag. 2008. 4(1). 269-286.