

ПРОБЛЕМА КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
(Россия, Москва, Большая Сухаревская пл., д. 3)

В статье приводятся данные современных зарубежных и отечественных исследований и анализ научных дискуссий относительно термина «комплаентность» (приверженность) и факторов, влияющих на уровень комплаентности у пациентов с хронической почечной недостаточностью. Проведен обзор современных методов диагностики и способов повышения уровня приверженности к лечению. Обосновывается необходимость разработки и внедрения методов диагностики и повышения комплаентности у пациентов на различных этапах трансплантации почки.

Ключевые слова: комплаентность, комплайанс, приверженность к лечению, трансплантация почки, хроническая почечная недостаточность, лист ожидания, трансплантация органов, психологическое сопровождение, диализ, гемодиализ.

Введение

Трансплантация жизненно важных органов является высокотехнологичным видом медицинской помощи, направленным на спасение жизни пациента в терминальной стадии заболевания. Международные регистры показывают рост количества трансплантаций. В 2018 году в мире было выполнено более 139 тысяч пересадок жизненно важных органов, что на 2,3 % больше, чем в 2017 году [4]. В России, по данным RusTransplant, в 2019 году было проведено 2219 трансплантаций взрослым: почки – 1373,

Лысенко Юлия Сергеевна – мед. психолог, мл. науч. сотр., Научно-исслед. ин-т скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Россия, 129090, Москва, Большая Сухаревская пл., д. 3), e-mail: juliachubukova@mail.ru;

✉ Микита Олеся Юрьевна – канд. психол. наук, зав. учеб. центром, науч. сотр. отд-ния трансплантации почки и поджелудочной железы, Научно-исслед. ин-т скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Россия, 129090, Москва, Большая Сухаревская пл., д. 3), e-mail: mikita-o@yandex.ru;

Пинчук Алексей Валерьевич – д-р мед. наук, зав. науч. отд-ем трансплантации почки и поджелудочной железы, Научно-исслед. ин-т скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Россия, 129090, Москва, Большая Сухаревская пл., д. 3);

Хубутия Могели Шалвович – академик РАН, д-р мед. наук проф., гл. трансплантолог, президент Научно-исслед. ин-та скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Россия, 129090, Москва, Большая Сухаревская пл., д. 3).

печени – 484, сердца – 337, легких – 25. Несмотря на увеличение количества проводимых операций, во всем мире отмечается нехватка донорских органов, а неуклонное прогрессирование и развитие угрожающих жизни осложнений при хронической почечной недостаточности (ХПН) продолжают оставаться высокими. Ежегодно около 9400 человек находятся в «листе ожидания», ждут своей очереди на трансплантацию почки. На фоне длительного ожидания у пациентов с ХПН возникает множество психологических трудностей, требующих решения ряда клинико-психологических задач. Среди них оценка психологического статуса, эмоционального состояния, когнитивных нарушений, стратегий совладания со стрессовой ситуацией, ценностно-мотивационной сферы личности, поскольку все это может стать факторами нон-комплаентности (отсутствия приверженности к лечению) пациентов с ХПН до и после трансплантации.

Дискуссия относительно основного понятия комплаенса

В медицине не существует единого термина, обозначающего выполнение рекомендаций лечащего врача. В зарубежной и отечественной литературе чаще всего используется понятие «комплаенс». Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) трактует комплаенс, как «степень соответствия поведения пациента в отношении применения лекарства, выполнение рекомендаций по питанию или изменению образа жизни в соответствии с назначениями и указаниями врача» [20]. Во многих научных работах и публикациях [1, 21, 29] можно встретить использование тождественных понятий «соблюдение» (compliance), «приверженность» (adherence) и «соответствие/согласие» (concordance). Однако перечисленные термины неравнозначны, между ними есть некоторые различия. Понятие «комплаенс» оценивает правильность соблюдения пациентом рекомендаций в лечебно-диагностическом процессе (имеет оттенок пассивности поведения пациента по отношению к собственному лечению). Под «согласием» подразумевают принцип партнёрства, учитывается точка зрения пациента относительно проводимого лечения и терапевтического решения, рассматриваются взаимоотношения врача и пациента в настоящее время. «Приверженность к лечению» подразумевает свободу выбора между соблюдением и несоблюдением рекомендаций, с акцентом на соглашении между врачом и пациентом. В повседневной клинической практике эти понятия обычно считаются синонимичными и взаимозаменяемыми и понимаются как «точное выполнение пациентом всех рекомендаций врача, назначенных в рамках профилактики, лечения заболевания и реабилитации». Есть и другое

видение, например Urquhart et al. [29] считают, что весь процесс от начала до завершения лечения является комплаенсом, включающим в себя три фазы: 1) согласие пациента с планом лечения; 2) выполнение плана назначений; 3) прекращение лечения без учёта выполнения плана полностью или нет. Таким образом, оценка комплаенса становится проще, сравнивается «реальный» процесс с «назначенным» врачом.

Отсутствие комплаенса принято называть нон-комплаенсом. Проявления нон-компланса отличаются вариабельностью. По оценке ВОЗ, в индустриально развитых странах лишь около 50 % пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, достаточно длительное время точно соблюдают врачебные рекомендации, в развивающихся странах этот показатель еще меньше [20]. ВОЗ выделяет пять групп факторов, обуславливающих нон-комплаенс (табл.1).

Таблица 1
Пять групп факторов, влияющих на комплаенс

Категории	Зона влияния
Социальные и экономические	Финансовое положение, низкий культурный уровень, безграмотность, пожилой возраст, удаленность от учреждения здравоохранения
Системные (связанные с системой здравоохранения)	Отношения «врач-пациент», возможности здравоохранения, длительность врачебной консультации, дистрибуция лекарственных препаратов
Связанные с болезнью	Степень тяжести симптомов, нагрузка, связанная с физическими страданиями, стадия прогрессирования болезни, коморбидность, наличие эффективной терапии
Обусловленные терапией	Сложность терапевтического режима, длительность лечения, затрудненный подбор терапии, нежелательные реакции на лекарственные препараты, неэффективность назначений терапии
Обусловленные особенностями пациента	Страх перед нежелательными побочными эффектами, преждевременное прекращение лечения, необоснованные ожидания, забывчивость, знания (информация) о заболевании

Стоит отметить, что в указанных группах факторов не учитываются ментальные особенности пациентов, зачастую обусловленные их системой взглядов и представлений, а также влияние культуральных особенностей. По мнению Д.С. Данилова, к нон-комплаентному поведению относятся полный отказ от лечения, нерегулярный приём лекарств, самовольное изменение дозировки или прекращение приёма [5]. Bicalho P.R. и др. считают [21], что отсутствие комплаенса проявляется в недоверии врачу, перепроверке его действий, стремлении вносить корректизы в терапевтический

процесс, несоблюдении диеты, произвольной отмене терапии, преждевременной активизации больного в постоперационном периоде.

Методы диагностики комплаенса

На сегодняшний день среди специалистов не существует единого мнения, как именно описывать комплаенс. В зарубежных исследованиях комплаенса часто используются опросники в виде интервью, представляющие собой самоотчеты пациентов. Проблемную область диагностики составляет включение в имеющиеся методики недостаточного количества вопросов, предлагаемых пациентам, что не позволяет в полной мере выявить уровень приверженности к лечению и учесть все предикторы комплаентности. В табл. 2. представлен сравнительный анализ специальных шкал и методов диагностики уровня комплаенса [9].

Н.В. Богатырев [1] предлагает четыре способа определения комплаенса: 1) оценка комплаенса на основе беседы врача с пациентом; 2) самоотчет пациента о принятии лекарств и выполнении рекомендаций; 3) учет лекарственных препаратов и проведенных манипуляций; 4) биохимический анализ.

Одним из острых вопросов относительно диагностики уровня комплаентности остается вопрос описания. Существуют две точки зрения: 1) описание комплаенса в виде бинарной характеристики «комплаенс–нон-компаенс»; 2) количественное описание от 0 до 100 %. Мнения относительно количественного описания также разнятся, поскольку ряд авторов предлагает ориентироваться на следующие показатели: высокий уровень – более 80 %, средний – от 20 до 80 %, низкий – менее 20 %. С точки зрения Д.С. Данилова, высоким уровнем могут считаться показатели при соблюдении более 80 % рекомендаций, недостаточная приверженность – 60–70%, отсутствие приверженности – менее 60 % [5].

Таким образом, вопросы метода оценки, способа описания и определения уровня приверженности к лечению остаются открытыми. Рассмотрение способов оценки комплаенса в медицинской практике обусловлено проблемой приверженности пациентов, носит междисциплинарный характер и в практической деятельности наиболее эффективным представляется сотрудничество врача и клинического психолога. При построении психологического исследования необходимо опираться на объективные данные, полученные медицинскими работниками.

Таблица 2
Методы оценки комплаентности

Методы	Преимущества	Недостатки	Пути повышения надёжности
1. Распрос пациента в процессе клинической беседы	Простота и практичность	Необъективность, высокая вероятность ложных и социально-желательных ответов	Ведение дневников пациента, их незапланированный контроль
2. Подсчёт таблицок	Относительная простота	Нет информации о действительно принятых препаратах и соблюдении режима приема	Незапланированный контроль
3. Измерение концентрации препаратов или их метаболитов в жидкостях организма (в крови или моче)	Доказательство приема лекарств	Техническая сложность. Высокая стоимость. Отсутствие данных о регулярности приема. Не подходит для оценки лекарств, принимаемых несколько раз в течение дня	Комбинирование нескольких методов
4. Микроэлектронные устройства MEMS и eDEM	Точная количественная оценка комплаентности. Информация о режиме приема. Ежедневный мониторинг	Техническая сложность, высокая стоимость, отсутствие доказательства приема препаратов	Комбинирование методов
5. Шкала медикаментозного комплаенса (ШМК)	Позволяет выйти за пределы самоотчета пациента и сделать оценку комплаенса системной	Некорректно использование для здоровых людей. Односторонне исследование комплаенса у человека	Комбинирование методов
6. Шкала Мориски–Грина (Morisky self-report Scale)	Затрачивается небольшое количество времени в силу небольшого количества вопросов	Поверхностное определение уровня комплаентности	Использование дополнительных, более подробных и специализированных шкал
7. Drug Attitudes Inventory (DAI)	Отражает три фактора, относящиеся к пациенту: его общие установки, субъективное самочувствие и ожидания, осознание болезни	Оперирует исключительно данными самоотчета пациентов	Использование дополнительных, более подробных и специализированных шкал

Факторы нон-комплаентности пациентов с ХПН

Проблема приверженности к лечению и соблюдения врачебных предписаний наиболее остро стоит в области трансплантологии. Пациентам с ХПН в большинстве случаев приходится сталкиваться с длительным ожиданием пересадки почки, от нескольких месяцев до нескольких лет. Проходя лечение гемодиализом, пациенты, находящиеся в листе ожидания, становятся зависимыми от медицинских процедур и лекарственных препаратов, нуждаются в постоянном наблюдении врачей и особом «охранном» режиме, щадящем образ жизни. В связи с этим от пациентов с ХПН требуется понимание сущности происходящего, всех преимуществ, которые дает трансплантация, а также всех возможных проблем и ограничений (медицинского, социального, психологического характера), которые могут возникнуть после пересадки почки.

Согласно рекомендациям Московского трансплантологического сообщества [4], при оценке психосоциальной пригодности пациента к трансплантации почки отдельное внимание необходимо обращать на несоблюдение медицинских рекомендаций, поскольку оно повышает риск развития отторжения и преждевременной дисфункции трансплантата и может стать одной из причин отказа в оперативном вмешательстве.

В современной литературе опубликовано большое количество исследований, посвящённых изучению отдельных факторов, оказывающих влияние на приверженность к лечению пациентов с хронической почечной недостаточностью. Согласно проведенным Васильевой И.А. исследованиям, от 40 до 64 % пациентов, находящихся на гемодиализе, не соблюдают водный и питьевой режим [2]. Автор также отмечает низкий уровень образования, низкий социальный и экономический статус, отсутствие социальной поддержки и наличие депрессии как факторы, приводящие к нон-комплаентному поведению. Для диализных пациентов с высоким уровнем комплаентности характерно наличие уверенности в возможности контролировать происходящие события, более высокий уровень самореализации и целеустремленности по сравнению с пациентами, склонными к нарушению медицинских рекомендаций и терапевтического режима. Кувшинова Н.Ю. и Мостовая Л.И. утверждают, что в послеоперационный период высокий уровень комплаентности достигается за счет достаточно сохранной когнитивной и эмоционально-волевой сферы пациента [12]. Благодаря этому пациенты могут конструктивно подойти к решению возникающих сложностей на этапе реабилитации, а также проконтролировать себя на уровне самоуправления и самоорганизации. По мнению Никольской Н.С., после

трансплантации возникает перестройка самопознания и формирование новых копинг-стратегий совладания с ситуацией болезни [18].

Для многих пациентов с ХПН преодоление психологических барьеров при отказе от сложившихся годами поведенческих стереотипов является достаточно серьезной проблемой, ведь трансплантация почки предполагает кардинальное изменение образа жизни в виде соблюдения строгой диеты, определенного уровня физической нагрузки, своевременного приема лекарств и прохождения необходимых медицинских процедур и обследований. Риск развития осложнений увеличивает любое отклонение от предписанных правил. В первые месяцы после трансплантации почки необходимо ограничение социальных контактов из-за приёма иммуносупрессивной терапии; пациенты становятся более подвержены вирусным и бактериальным инфекциям.

Большинство современных исследований подтверждают широкую распространённость депрессии среди пациентов с ХПН, при этом отмечается, что симптомы уремии и депрессии сходны (падок сил, бессонница, апатия, снижение аппетита, немотивированная тревога) и определяют выживаемость данной нозологической группы пациентов [2, 27, 28]. Отмечается также появление сексуальных проблем и психозов вследствие метаболического дисбаланса [23, 24].

Согласно проведенному нами исследованию, психический статус и качество жизни 83 пациентов с ХПН, находящихся на разных стадиях трансплантации почки, значительно различаются [14, 15]. Изменение психологического статуса у пациентов с ХПН из листа ожидания, возникающее в виде ответной реакции на постановку диагноза, прохождение гемодиализной терапии и отсутствие психологической помощи, приводит к ухудшению их физического и психологического состояния, снижению качества жизни, изменению личностной структуры (ценностно-мотивационной и эмоциональной сфер, стратегий совладания со стрессом) и препятствуют достижению полноценного эффекта от лечения (снижение приверженности пациента к лечению). Они склонны компенсировать свое ухудшающееся физическое состояние интенсивностью социального функционирования с целью скорейшего разрешения ситуации болезни, а также переосмысливают свою жизнь, акцентируясь больше на том, что события, происходящие извне, определяют ход их жизни. Для пациентов после трансплантации почки характерно снижение их физического и эмоционального функционирования (тест «Качество жизни» SF-36), астенизации («Интегративный тест тревожности») при повышении удовлетворенностью

самореализацией (методика «Смысложизненных ориентаций»). Все выше-перечисленные особенности психического статуса пациентов с ХПН могут негативно сказываться на приверженности к лечению, особенностях терапевтического альянса и межличностных отношениях в целом, снижая удовлетворённость лечением в целом, а также качество терапии. Фиксация на ситуации болезни и сопутствующих ей ограничениях приводит к формированию социальной дезадаптации.

Принимая во внимание серьезные последствия нон-комплаентного поведения пациентов с ХПН, следует считать целесообразным организацию и проведение специальных мер, направленных на повышение уровня комплаентности. Можно распределить эти меры на 4 группы:

1. Психообразовательные проекты – обучение, информирование и консультирование пациентов, особенно групп риска нон-комплаенса, работа с родственниками;
2. Воздействие на поведение пациента – различные способы, помогающие пациентам вовремя принимать лекарства, сигналы и устройства, помогающие им в этом;
3. Мониторинг комплаенса – дневники пациентов, регулярный контроль основных показателей и т. д.

Таким образом, проблема изучения комплаентности пациентов с хронической почечной недостаточностью является актуальной в наши дни. Своевременная диагностика, мониторинг и купирование психологических факторов, ассоциированных с низким уровнем приверженности к лечению, позволит прогнозировать особенности медицинского поведения пациентов, определить «мишени» для психокоррекционных интервенций, направленных на профилактику и повышение уровня комплаенса на разных этапах трансплантации.

Литература

1. Богатырев Н.В. Понятие комплайенса и проблема измерения комплайенса // Известия Российского гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена. – 2009. – № 116. – С. 260–265.
2. Васильева И.А. Качество жизни больных при лечении гемодиализом: биологические и психосоциальные факторы, методы оценки и подходы к коррекции : автореф. дис. ... д-ра психол. наук – СПб., 2010. – 49 с.
3. Вольская, Е.А. Пациентский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях // Ремедиум. – 2013. – № 11. – С. 6–15.
4. Данные RusTransplant [Электронный ресурс]. – URL: <https://rustransplant.com/statistika-po-peresadke-pochki/> (дата обращения: 17.09.2020).

5. Данилов Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 2. – С. 4–12.
6. Иевлев Е.Н., Казакова И.А. Комплексный анализ качества жизни у больных, находящихся на программном гемодиализе в Удмуртской республике // Нефрология. – 2015. – Т. 19, № 4. – С. 59–66.
7. Климушева Н.Ф., Баранская Л.Т., Шмакова Т.В. Психологические факторы развития трансплантологии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – № 4 (27). – URL: <https://doi.org/10.15825/1995-1191-2016-2-37-45> (дата обращения: 17.09.2020).
8. Климушева Н.Ф., Баранская Л.Т., Шмакова Т.В. Психологические факторы развития трансплантологии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – № 4 (27). – URL: http://mprj.ru/archiv_global/2014_4_27/nomer/nomer09.php (дата обращения: 17.09.2020).
9. Кадыров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А. Опросник «Уровень комплаентности». – Владивосток : Мор. гос. ун-т, 2014. – 74 с.
10. Колсанов А.В., Харитонов Б.И., Мостовая Л.И., Кувшинова Н.Ю. Некоторые аспекты психологической работы в трансплантологической службе // Аспирантский вестник Поволжья. – 2014. – Т. 14, № 3–4. – С. 142–143.
11. Кремлева О.В. Проблемы нонкомплиентности в соматической клинике: тактика преодоления [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. научн. журн. – 2013. – № 4 (21). – URL: http://mprj.ru/archiv_global/2013_4_21/nomer/nomer11.php (дата обращения: 17.09.2020).
12. Кувшинова Н.Ю., Мостовая Л.И. Психосоматические реакции у больных хронической почечной недостаточностью // Материалы 1-й междунар. науч.-практ. конф. «Наука и образование», (Москва, 30 августа 2014 г.). – М. : Перо, 2014. – С. 10–12.
13. Кувшинова Н.Ю. Проблема приверженности терапии в различных областях медицины // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т. 17, № 5 (3). – С. 1014–1020.
14. Микита О.Ю., Лысенко Ю.С. Качество жизни и смысложизненные ориентации пациентов с хронической почечной недостаточностью до трансплантации почки // Вестник психотерапии. – 2018. – № 67 (72). – С. 131–140.
15. Микита О.Ю., Хубутия А.Ш. Психологический статус и качество жизни пациентов с хронической почечной недостаточностью до и после трансплантации почки // Учен. зап. ун-та им. П.Ф. Лесгавта. – 2018. – № 12 (166). – С. 326–329.
16. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25) // Клиническая фармакология и терапия. – 2018. – № 27 (1). – С. 74–78.
17. Николаев Н.А., Сидоренко Ю.П., Жеребилов В.В. Количественная оценка приверженности к лечению в клинической медицине: протокол, процедура, интерпретация // Качественная клиническая практика. – 2016. – № 1. – С. 50–54.
18. Никольская Н.С. Особенности самосознания больных в ситуации предельного витального риска : автореф. дис. ... канд. психол. наук, 2012. – 20 с.

19. Драпкина О.М., Ливзан М.А., Мартынов А.И. [и др.] Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению: основные положения, алгоритмы и рекомендации // Мед. вестник Северного Кавказа. – 2018. – Т. 13, № 1–2. – С. 259–271.
20. Adherence to long-term therapies. Evidence for action // World Health Organization. Geneva, 2003. – 110 p. – URL: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/ (accessed 19.09.2020).
21. Bicalho P.R., Requiao-Moura L.R., Borrelli M. [et al.] Adherence to medical appointments among living kidney donors after donation under a monitored approach and long-term clinical outcomes: a Brazilian single-center cohort study // Transplant Proc. – 2019. – Vol. 51, № 5. – P. 1563–1567. DOI: 10.1016/j.transproceed.2019.02.020.
22. Daniels G.B., Robinson J.R., Walker C.A. Adherence to treatment by African Americans Undergoing hemodialysis // Nephrol. Nurs J. – 2018. – Vol. 45, N 6. – P. 561–568.
23. Golfieri L., Gitto S., Vukotic R. [et al.] Impact of psychosocial status on liver transplant process // Annals of Hepatology. – 2019. – N 18. – P. 804–809. DOI: 10.1016/j.aohep.2019.06.011.
24. Kenawy A.S., Gheith O., Othman N. [et al.] Medication compliance and lifestyle adherence in renal transplant recipients in Kuwait // Patient Preference and Adherence. – 2019. – N 13. – Pp. 1477–1486. DOI: 10.2147/PPA.S209212.
25. Lin I.H., Wong T.C., Nien S.W. [et al.] Dietary compliance among renal transplant recipients: a single – center study in Taiwan // Transplant Proc. – 2019. – Vol. 51, N 5. – P. 1325–1330. DOI: 10.1016/j.transproceed.2019.02.026.
26. Medved V., Medved S., Skocic Hanzek M. Transplantation psychiatry: an overview // Psychiatr. Danub. – 2019. – Vol. 31, N 1. – P. 18–25. DOI: 10.24869/psyd.2019.18.
27. Park S., Kim M., Kim J.E. [et al.] Characteristics of kidney transplantation recipients over time in South Korea // Korean J. Inter. Med. – 2020. – Vol. 35, N 6. DOI: 10.3904/kjim.2019.292.
28. Sas C. The psychosocial evaluation is an essential part of the pretransplant workup for patients with end-stage renal disease: a social worker's perspective // Health Soc. Work. – 2019. – Vol. 44, N 3. – P. 208–211. DOI: 10.1093/hsw/hlz012.
29. Urquhart J. How much compliance is enough? // Pharm. Res. – 1996. – Vol. 13, N 1. – P. 10–11. DOI: 10.1023/A:1016004611847.

Поступила 17.09.2020

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Лысенко Ю.С., Микита О.Ю., Пинчук А.В., Хубутия М.Ш. Проблема комплаентности пациентов с хронической почечной недостаточностью // Вестник психотерапии. 2020. № 76 (81). С. 109–122.

THE PROBLEM OF COMPLIANCE IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE

Lysenko Yu.S., Mikita O.Yu., Pinchuk A.V., Khubutia M.Sh.

Scientific Research Institute of Emergency Medicine of N.V. Sklifosovsky
(B. Sukharevskaya Square, 3, Moscow, Russia)

Yulia Sergeevna Lysenko – medical psychologist, junior researcher of the Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine (B. Sukharevskaya Square, 3, Moscow, 129090, Russia), e-mail: juliachubukova@mail.ru;

 Olesya Yurievna Mikita – PhD Psychol. Sci., chief of Educational center, researcher of kidney and pancreatic transplantation department of the Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine (B. Sukharevskaya Square, 3, Moscow, 129090, Russia), e-mail: mikita-o@yandex.ru;

Alexey Valerevich Pinchuk – Dr. Med. Sci., Head of the Scientific Department of Kidney and Pancreatic Transplantation of the Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine (B. Sukharevskaya Square, 3, Moscow, 129090, Russia);

Mogeli Shalvovich Hubutia – Academician of the Russian Academy of Sciences, Dr. Med. Sci. Prof., chief transplantologist, President of the Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine (B. Sukharevskaya Square, 3, Moscow, 129090, Russia).

Abstract. The article presents data from modern foreign and domestic research and analysis of scientific discussions regarding the term "compliance" (adherence) and factors affecting the level of compliance in patients with chronic renal failure. The review of modern diagnostic methods and ways to increase the level of adherence to treatment is carried out. The article substantiates the need to develop and implement diagnostic methods and improve compliance in patients at various stages of kidney transplantation.

Keywords: compliance, compliance, adherence to treatment, kidney transplantation, chronic kidney failure, waiting list, organ transplantation, psychological support, dialysis, hemodialysis.

References

1. Bogatyrev N.V. Ponyatiye komplajensa i problema izmereniya komplajensa [The concept of compliance and the problem of measuring compliance]. *Izvestiya Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gercena* [Izvestia: Herzen University Journal of Humanities and Sciences]. 2009. N. 116. Pp. 260–265. (In Russ.)
2. Vasilyeva I. A. Kachestvo zhizni bolnyh pri lechenii gemodializom: biologicheskie i psihosocialnye faktory, metody ocenki i podhody k korrektsii [Quality of life of patients treated with hemodialysis: biological and psychosocial factors, assessment methods and approaches to correction: specialty] : Abstract Dis. ... Dr. Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2010. 49 p. (In Russ.)

3. Volskaya, E.A. Pacientskij komplaens. Obzor tendencij v issledovaniyah [Patient compliance. Review of research trends]. *Remedium* [Remedy allowance]. 2013. N 11. Pp. 6–15. (In Russ.)
4. Dannye RusTransplant [RusTransplant data]. URL: <https://rustransplant.com/statistika-po-peresadke-pochki/> (In Russ.)
5. Danilov D.S. Terapeuticheskoe sotrudnistvo (komplaens): soderzhanie ponyatiya, mehanizmy formirovaniya i metody optimizacii [Therapeutic cooperation (compliance): content of the concept, mechanisms of formation and optimization methods]. *Nevrologiya, nejropsihiatriya, psihosomatika*. [Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics]. 2014. N. 2. Pp. 412. (In Russ.)
6. Ievlev E.N. Kompleksnyj analiz kachestva zhizni u bol'nyh, na-hodyashhihsya na programmnom gemodialize v Udmurtskoj respublike [Complex analysis of quality of life in patients undergoing program hemodialysis in the Udmurt Republic]. *Nefrologiya* [Nephrology]. 2015. Vol. 19, N 4. Pp. 59–66. (In Russ.)
7. Klimusheva N.F., Marshall L.T., Shmakova T.V. Psihologicheskie faktory razvitiya transplantologii [Psychological factors in the development of Transplantology]. *Medicinskaya psihologiya v Rossi* [Medical psychology in Russia: electron. scientific journal]. 2014. N 4 (27). (In Russ.)
8. Klimusheva N.F. Psihologicheskie faktory razvitiya transplantologii [Psychological factors of development of Transplantology]. *Medicinskaya psihologiya v Rossi* [Medical psychology in Russia: electron. scientific journal]. 2014. N 4 (27). URL: http://mpnj.ru/archiv_global/2014_4_27/nomer/nomer09.php (In Russ.)
9. Kadyrov R.V. Oprosnik "Uroven` komplaentnosti" ["Level of compliance"]. Vladivostok. 2014. 74 p. (In Russ.)
10. Nekotorye aspekty psihologicheskoy raboty v transplantologicheskoy sluzhbe [Some aspects of psychological work in the transplant service]. *Aspirantskij vestnik Povolzhya* [Postgraduate Bulletin of the Volga region]. 2014. Vol. 14, N 3–4. Pp. 142–143. (In Russ.)
11. Kremleva O.V. Problemy nonkomplajentnosti v somaticeskoy klinike: takтика preodoleniya [Problems of non-compliance in the somatic clinic: tactics of overcoming]. *Medicinskaya psihologiya v Rossii* [Medical psychology in Russia]. 2013. N 4 (21). URL: http://mpnj.ru/archiv_global/2013_4_21/nomer/nomer11.php (In Russ.)
12. Kuvshinova N.Y. Psihosomaticheskie reakcii u bolnyh hronicheskoy pochechnoj nedostatochnostyu [Psychosomatic reactions in patients with chronic renal failure]. *Materialy 1 mezhdun. nauch.-praktich. konf. «Nauka i obrazovanie»* [Proceedings of the 1st international scientific and practical conference «Science and education»]. Moskva. 2014. P. 10–12. (In Russ.)
13. Kuvshinova N.Y. Problema priverzhennosti terapii v razlichnyh oblastyah mediciny [The problem of adherence to therapy in various fields of medicine]. *Izvestiya Samarskogo nauchnogo centra Rossiskoj akademii nauk*. [Proceedings of the Samara scientific center of the Russian Academy of Sciences]. 2015. Vol. 17, N 5 (3), Pp. 1014–1020. (In Russ.)
14. Mikita O.Yu. Kachestvo zhizni i smyslozhiznennye orientacii pacientov s hronicheskoy pochechnoj nedostatochnostyu do transplantacii pochki [Quality of life and life-meaning orientations of patients with chronic renal failure before kidney

transplantation]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2018. N 67 (72). Pp. 131–140. (In Russ.)

15. Mikita O.Yu. Psihologicheskij status i kachestvo zhizni pacientov s hronicheskoj pochechnoj nedostatochnostyu do i posle transplantacii pochki [Psychological status and quality of life of patients with chronic renal failure before and after kidney transplantation]. *Uchenye zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta* [Scientific notes of University named after P.F. Lesgaft]. 2018. № 12 (166). Pp. 326–329. (In Russ.)

16. Nikolaev N.A. Rossijskij universalnyj oprosnik kolichestvennoj ocenki priverzhennosti k lecheniyu (KOP-25) [Russian universal questionnaire for quantitative assessment of treatment adherence (COP-25)]. *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya* [Clinical pharmacology and therapy]. 2018. N 27 (1). Pp. 74–78. (In Russ.)

17. Nikolaev N.A. Kolichestvennaya ocenka priverzhennosti k lecheniyu v klinicheskoj medicine: protokol, procedura, interpretaciya [Quantitative assessment of adherence to treatment in clinical medicine: Protocol, procedure, interpretation]. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika* [High-quality clinical practice]. 2016. N 1. P. 50–54. (In Russ.)

18. Nikolskaya N.S. Osobennosti samosoznaniya bolnyh v situacii predelnogo vitalnogo riska [Features of self-awareness of patients in a situation of extreme vital risk: specialty] : Abstract Dis. PhD Psychol. Sci. Moskva. 2012. 20 p. (In Russ.)

19. Pervyj Rossijskij konsensus po kolichestvennoj ocenke priverzhennosti k lecheniyu: osnovnye polozheniya, algoritmy i rekomendacii [The First Russian consensus on quantitative assessment of adherence to treatment: basic provisions, algorithms and recommendations]. *Medicinskij vestnik Severnogo Kavkaza* [Medical Bulletin of the North Caucasus]. 2018. Vol. 13, N 1–2. P. 259–271. (In Russ.)

20. Adherence to long-term therapies. Evidence for action // World Health Organization. Geneva, 2003. 110 p. URL: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

21. Bicalho P.R., Requiao-Moura L.R., Borrelli M. [et al.] Adherence to medical appointments among living kidney donors after donation under a monitored approach and long-term clinical outcomes: a Brazilian single-center cohort study. *Transplant Proc.* 2019. Vol. 51, N 5. Pp. 1563–1567. DOI: 10.1016/j.transproceed.2019.02.020.

22. Daniels G.B., Robinson J.R., Walker C.A. Adherence to treatment by African Americans Undergoing hemodialysis. *Nephrol. Nurs J.* 2018. Vol. 45, N 6. Pp. 561–568.

23. Golfieri L., Gitto S., Vukotic R. [et al.] Impact of psychosocial status on liver transplant process. *Annals of Hepatology.* 2019. N 18. Pp. 804–809. DOI: 10.1016/j.aohep.2019.06.011.

24. Kenawy A.S., Gheith O., Othman N. [et al.] Medication compliance and lifestyle adherence in renal transplant recipients in Kuwait. *Patient Preference and Adherence.* 2019. N 13. Pp. 1477–1486. DOI: 10.2147/PPA.S209212.

25. Lin I.H., Wong T.C., Nien S.W. [et al.] Dietary compliance among renal transplant recipients: a single – nter study in Taiwan. *Transplant Proc.* 2019. Vol. 51, N 5. Pp. 1325–1330. DOI: 10.1016/j.transproceed.2019.02.026.

26. Medved V., Medved S., Skocic Hanzek M. Transplantation psychiatry: an overview. *Psychiatr. Danub.* 2019. Vol. 31, N 1. Pp. 18–25. DOI: 10.24869/psychd.2019.18.

27. Park S., Kim M., Kim J.E. [et al.] Characteristics of kidney transplantation recipients over time in South Korea. *Korean J. Inter. Med.* 2020. Vol. 35, N 6. DOI: 10.3904/kjim.2019.292.
28. Sas C. The psychosocial evaluation is an essential part of the pretransplant workup for patients with end-stage renal disease: a social worker's perspective. *Health Soc. Work.* 2019. Vol. 44, N. 3. P. 208–211. DOI: 10.1093/hsw/hlz012.
29. Urquhart J. How much compliance is enough? *Pharm. Res.* 1996. Vol. 13, N 1. P. 10–11. DOI: 10.1023/A:1016004611847.

Received 17.09.2020

For citing. Lysenko Yu.S., Mikita O.Yu., Pinchuk A.V., Khubutia M.Sh. Problema komplaentnosti pacientov s hroniceskoy pochechnoj nedostatochnostyu. *Vestnik psikhoterapii.* 2020. N 76. Pp. 109–122. (**In Russ.**)

Lysenko Yu.S., Mikita O.Yu., Pinchuk A.V., Khubutia M.Sh. The problem of compliance in patients with chronic renal failure. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2020. N 76. Pp. 109–122.