

Верхневолжский медицинский журнал. 2026; 25(1): 19-21  
Upper Volga Medical Journal. 2026; 25(1): 19-21  
УДК 616-053.2-085

## ОСОБЕННОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

**Екатерина Андреевна Лаврова**

*Кафедра педиатрии педиатрического факультета ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава  
России, г. Тверь, Россия*

**Аннотация.** В обзоре литературы рассмотрены современные проблемы взаимодействия врачей педиатрического профиля с пациентами и их законными представителями. Приведены особенности достижения комплаенса и приверженности терапии при различных заболеваниях, а также пути решения проблемы коммуникации «врач-родитель» и «врач-пациент»

**Ключевые слова:** комплаенс, дети, «врач-родитель», приверженность к терапии

**Для цитирования:** Лаврова Е.А. Особенности приверженности к терапии в педиатрической практике (обзор литературы). Верхневолжский медицинский журнал. 2026; 25(1): 19-21.

## CHARACTERISTICS OF ADHERENCE TO THERAPY IN PEDIATRIC PRACTICE (LITERATURE REVIEW)

**E. A. Lavrova**

*Tver State Medical University, Tver, Russia*

**Abstract.** This literature review examines contemporary issues in interactions between pediatric physicians, patients, and their legal representatives. It highlights the specifics of achieving compliance and adherence to therapy for various diseases, as well as solutions for doctor-parent and doctor-patient communication.

**Key words:** compliance, children, doctor-parent relationship, adherence to therapy

**For citation:** Lavrova E.A. Characteristics of adherence to therapy in pediatric practice (literature review). Upper Volga Medical Journal. 2026; 25(1): 19-21.

### Введение

Сложности взаимодействия между врачом и пациентом обсуждаются не одно десятилетие. Каждый врач понимает, что назначение лечения или методов обследования не гарантирует, что человек будет ему следовать, а значит, существует риск ухудшения самочувствия и прогнозов для самого пациента. Именно поэтому достижению эффективной коммуникации и соблюдению пациентом врачебных рекомендаций уделяется большое внимание.

Существует много вариантов для обозначения данного направления коммуникации – комплаенс, приверженность к лечению, согласие с лечением, терапевтическое сотрудничество и т.д. [1-3]. Особенно важно соблюдение комплаенса при лечении хронических заболеваний, но и там есть свои трудности. Исследование Л.Д. Фирсовой и соавт. показало, что ни социальный статус, ни частота обострений хронических заболеваний органов пищеварения не оказывали значительного влияния на достижение комплаенса пациентами [4]. В то же время одной из глобальных преград в достижении взаимопонимания и выполнения рекомендаций врача является избыток информации в свободном доступе в сети Интернет. Достаточно часто врачи сталкиваются с проблемой коммуникации, когда пациент прежде, чем обратиться за помощью, уже ознакомился с информацией об

основах лечения на форумах или в социальных сетях. Это может привести к недопониманию ряда аспектов проблемы и снизить степень доверия к специалисту системы здравоохранения. При анализе причин формирования данной проблемы, оказывается, что чаще всего она развивается из-за недоверия к специалисту или из-за недостатка информированности пациента врачами [5, 6].

В педиатрической практике острота проблемы комплаенса стоит даже более остро, чем при ведении взрослых пациентов. Поскольку за осуществление врачебных рекомендаций детям чаще всего отвечает родитель или опекун, то необходима также коммуникация в отношениях «врач-родитель» [7]. Особенности поведения родителей больного ребенка могут усложнить процесс лечения. Кроме того, зачастую в лечении и уходе за больным ребенком принимают участие близкие родственники, что также необходимо учитывать при назначении терапии. Поэтому в педиатрии используется дополнительно семейно-ориентированный подход или модель взаимодействия [8]. Она подразумевает активное включение членов семьи в уход и лечение ребенка, что требует установления партнерских отношений и достижения взаимопонимания с родственниками для того, чтобы выполнение рекомендаций было максимально реализуемо. Безусловно, это требует навыков коммуникации от

специалиста, формированию которых следует уделять дополнительное внимание и время в процессе подготовки кадров. Родители часто с опасением относятся к неизвестным медицинским терминам, информации, почерпнутой в сети Интернет, что еще больше повышает их тревожность. Кроме того, обращение за консультацией к нескольким специалистам по одному поводу, чтобы услышать второе мнение, при расхождении подходов к терапии также оказывает неблагоприятное воздействие на пациента.

Прямое воздействие на ребенка любого возраста оказывает психоэмоциональное состояние родителей. Здесь уместно привести пример из личного опыта, когда тревожная мама была госпитализирована в отделение для ухода за новорожденным. Она освоила методику вскармливания малыша смесью через орогастральный зонд, нареканий со стороны персонала к технике не было. Однако спустя сутки ребенок перестал усваивать питание и стал беспокойным. После анализа ситуации и обследования пациента была предложена тактика кратковременного разобщения мамы и ребенка, в результате чего у последнего восстановилось состояние, и он продолжил усваивать питание. Мама после отдыха и улучшения своего самочувствия вернулась к уходу за малышом в отделении. Данный пример подтверждает необходимость привлечения медицинских психологов в неонатальной службе на этапе выхаживания новорожденных. Также врач-педиатр должен обязательно уделять внимание эмоциональному и физическому состоянию матери при плановых осмотрах, особенно на первом году жизни ребенка, когда это максимально отражается на качестве ухода за ним [9].

Достаточно часто лечение наряду с медикаментозной терапией включает диетические рекомендации, что еще больше повышает нагрузку на родителей. К примеру, соблюдение безглютеновой диеты при целиакии значительно сокращает число случаев развития дефицита железа [10]. В отсутствие контроля со стороны родителей дети могут отказываться от еды либо, наоборот, есть продукты, которые запрещены лечащим врачом.

Важно понимать, что выполнение назначений врача также зависит от типа детско-родительских отношений в семье. И это нужно учитывать педиатрам на этапе беседы с родителями и пациентами. В настоящее время рассматривается 4 типа воспитания в семье, которые напрямую оказывают влияние на психику и поведение ребенка:

- Авторитетный (высокий уровень контроля, теплые отношения) – самый оптимальный стиль воспитания, при котором ребенок понимает и принимает решения родителей. Такие дети хорошо адаптированы к условиям окружающего мира, обладают адекватной самооценкой, имеют хорошую успеваемость в обучении.
- Авторитарный (высокий уровень контроля, холодные отношения) – родители устанавливают жесткие правила, ограничивают взаимодействие с ребенком, не допускают обсуждения своих правил и решений. Дети в таких семьях замкнуты, раздражительны, имеют склонность к зависимостям.

- Либеральный (низкий уровень контроля, теплые отношения) – практически полное отсутствие контроля со стороны родителей над жизнью ребенка. Часто отмечается потеря «родительской функции». Как результат, дети импульсивны, не умеют вести себя в обществе.
- Индифферентный (низкий уровень контроля, холодные отношения) – сочетает в себе либеральный и авторитарный типы, т.е. полное устранение от жизни и воспитания ребенка и отсутствие взаимодействия, общения [11, 12].

К сожалению, традиционная беседа не всегда может помочь в достижении родителями приверженности к терапии. М. Денисов в своем исследовании описал проблему комплаенса с матерями при лечении транзиторной лактазной недостаточности: из 22 участниц эксперимента 6 отказались соблюдать рекомендации врача по режиму кормления своих детей. Даже повторная беседа не привела к положительному результату. При этом свое поведение они аргументировали большой нагрузкой дома или на работе, желанием быстрее успокоить ребенка, чтобы он «не мешал». В то же время матерей беспокоили клинические проявления болезни и отсутствие положительной динамики в процессе лечения [13]. Такое поведение свойственно индифферентному типу воспитания ребенка.

Отдельного упоминания заслуживает работа с семьями, имеющими детей с неврологической патологией. Здесь часто на первое место выходит «конфликт интересов» врача и родителя. Врач может воспринимать ребенка с задержкой развития или поражением нервной системы с позиции его ограничений и неполноценности, игнорируя его положительные качества и индивидуальность, часто выбирает «патерналистскую» модель поведения. Родители же нередко избегают принятия диагнозов, могут ограничивать взаимодействие со специалистом, отказываться от предложенной терапии [14]. Ребенок с отклонениями в развитии нуждается в эмоционально-положительных контактах с родителями, их заботе, внимании и близости. Неадекватная реакция родителей на болезнь ребенка, наоборот, провоцирует у него дезадаптивные черты личности и приводит к нарушению взаимодействия с окружающим миром [15].

При наличии тяжелого заболевания и инвалидности также изменяется характер общения в семье и восприятие информации родителями. Достаточно часто родители не удовлетворены квалификацией специалиста и в то же время считают, что они сами принимают недостаточное участие в реабилитации и лечении своего ребенка. Также нередки различия в ожиданиях от длительности и результатов лечения у врача и родителей.

Исходные типы воспитания могут трансформироваться или, наоборот, гипертрофироваться по отношению к ребенку. Исследования семей, где есть пациент с лейкозом, показали, что если мать переходит в позицию «жертвы» (по треугольнику Карпмана), то у ребенка будет возрастать тревожность, но при этом есть тенденция к улучшению взаимоотношений с отцом, если он остался в семье и принимает участие в жизни ребенка [16].

Реакция детей на заболевание также имеет свои особенности. Установлено амбивалентное отношение пациентов к своему заболеванию. С одной стороны, они понимают, что заболевание ограничивает их возможности – прогулки, встречи с друзьями, активные игры и питание, есть необходимость в приеме лекарств или госпитализации в больницу. При этом на бессознательном уровне (особенно у часто болеющих детей) это может иметь вторичную выгоду, поскольку в период болезни мать чаще всего проявляет максимальную заботу и внимание к своему ребенку. Часто встречаются такие позиции родителей как «симбиоз» и «инфантилизация». При этом ребенок ощущает себя младше своего возраста, в результате может сформироваться навык «соматизации» с дальнейшим развитием психосоматических нарушений [17].

### Заклучение

Таким образом, достижение приверженности к терапии в педиатрической практике требует от врача не только большого объема знаний в отношении заболевания, но и навыков коммуникации, понимания психологических моделей поведения родителей и воспитания детей, чуткость и принятие проблем, возникающих в семьях в процессе лечения заболеваний. Грамотный подход со стороны лечащего врача и своевременное привлечение квалифицированного психолога может помочь в снижении тревожности и внутрисемейных конфликтов при тяжелых заболеваниях детей, а также в улучшении взаимодействия «врач-родитель» и «врач-пациент».

### Список источников

1. Данилов Д.С., Слепцов А.И., Миненко И.А. Комплаенс (терапевтическое сотрудничество) в медицине: клинические, психологические и психотерапевтические аспекты (обновленная версия статьи). Психиатрия и психофармакотерапия. 2023; 25 (2): 35-44.
2. Соколова Т.В., Давиденко М.С., Малярчук А.П. Можно ли отождествлять комплаенс и приверженность к терапии? Мнение экспертов. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2020; 23(3): 174-181. – doi: 10.17816/dv48902
3. Трушкина С.В. Вызовы современности: медицинский комплаенс, партнерские отношения, коммуникативная компетентность врача. Медицинская психология в России. 2018; 4(51): 1-9.
4. Фирсова Л.Д., Калашникова Н.Г., Котельникова А.В., Комиссаренко И.А. Приверженность к лечению больных хроническими заболеваниями органов пищеварения. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2011; 8: 34-37.
5. Асриян О.Б. Комплаенс как результат коммуникативной компетентности врача. Тихоокеанский медицинский журнал. 2016; 4(66): 93-97. – doi: 10.17238/Pmj1609
6. Кулик В.В., Кулешова С.А., Ковалева Т.Г., Ковалев Д.Н. Изучение информационных потребностей различных категорий потребителей лекарственных препаратов о рациональном питании в период лечения. Современные проблемы науки и образования. 2015; 6. – URL: <https://science-education.ru/article/view?id=22795> (дата обращения 01.11.2025).

7. Чемяков В.П., Шашелева А.В. Пациент в педиатрии: ребенок, взрослый или оба? Вопросы современной педиатрии 2018; 17(5): 408-414. – doi: 10.15690/vsp.v17i5.1958
8. Беччук М.А. Семейно-ориентированный подход к оказанию медицинской помощи детям. Менеджер здравоохранения. 2016; 8: 13-24.
9. Аникина В.О., Блох М.Е. Специфика отношений «врач-пациент» в системе неонатологической и педиатрической помощи и направления работы психолога. Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2020; 10 (3): 289-302.
10. Климов Л.Я., Стоян М.В., Завьялова Е.В., Курьянинова В.А., Кашников В.С., Досимов Ж.Б., Жосимов А.Ж., Бобрышев Д.В. Частота железодефицитных состояний у детей с целиакией в зависимости от комплаенса безглютеновой диеты. Вопросы детской диетологии. 2018; 16(3): 63-64. doi: 10.24110/0031-403X-2019-98-4-78-84
11. Черников А.В. Системная семейная терапия. Интегративная модель диагностики. Москва: «Класс». 2001: 202.
12. Халикова В.В. Проблемы детско-родительских отношений в системе «ребенок- взрослый». Вестник Барнаульского государственного педагогического университета. 2005; 5(2): 46-53.
13. Денисов М. Комплаенс при терапии у младенцев с транзиторной непереносимостью лактозы. Врач. 2014; 1: 40-43.
14. Валитова И.Е. Содержание комплаентных отношений врача и родителей детей раннего возраста с неврологической патологией. Известия Иркутского государственного университета. Серия: Психология. 2024; 48: 16-31. – doi: 10.26516/2304-1226.2024.48.16
15. Япарова О.Г., Старикова Я.А. Особенности детско-родительских отношений у детей с ограниченными возможностями здоровья. Аллея науки. 2020; 5(44): 326-328.
16. Федоренко М.В., Набиева Р.И. Взаимосвязь показателей методики PARI с показателями детско-родительских отношений в семьях с тяжелобольным ребенком. Инновационные технологии в науке и образовании. 2016; 4(8): 185-186.
17. Пчелинцева Е.В. Влияние детско-родительских отношений на возникновение психосоматических заболеваний у детей. Новая наука: Стратегии и векторы развития. 2017; 2 (3). 22-24.

*Лаврова Екатерина Андреевна (контактное лицо) – к.м.н., доцент кафедры педиатрии педиатрического факультета ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России; 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4; lavrova@vtvgmu.ru*

*Поступила в редакцию / The article received 12.11.2025.*

*Принята к публикации / Was accepted for publication 12.03.2026.*