

## СЕЧОКАМ'ЯНА ХВОРОБА ЯК ЧИННИК СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТА ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ХВОРИХ

О.З. Децик, Д.Б. Соломчак

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України*

**Вступ.** Сечокам'яна хвороба (СКХ) є одним з найпоширеніших урологічних захворювань у світі. Причому, за прогнозами науковців, розповсюдженість цієї патології нирок зростатиме і надалі [1].

СКХ уражає молоде працездатне населення і, внаслідок хронічного рецидивуючого перебігу, вимагає тривалого лікування, призводить до тимчасової і стійкої непрацездатності, а отже, до значних соціально-економічних збитків [2].

З іншого боку, часті рецидиви, які супроводжуються вираженим больовим синдромом, призводять до відчуття дискомфорту, знижують якість життя пацієнтів та їх біологічні та соціальні адаптаційні можливості [3].

**Мета дослідження:** вивчення особливостей соціально-психологічної та фізіологічної адаптації хворих на СКХ.

**Матеріали і методи дослідження.** Впродовж 2013 року провели медико-соціальне дослідження за спеціально розробленою програмою репрезентативної вибірки 443 хворих на СКХ (основна група) і 203 хворих з іншою переважно гострою урологічною патологією (контрольна група), які перебували на стаціонарному лікуванні в урологічних підрозділах закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області, обраних як наукова база дослідження. Зокрема, до групи порівняння увійшли головним чином хворі на гострий пієлонефрит (63,1%), гострий простатит (11,3%), гіперплазію простати (8,9%), гострий цистит (5,9%) та інші (водянка оболонки яєчка, фімоз, гострий орхоепідимід, стриктура уретри – разом 10,8%). Внаслідок того, що основна група сформована за рахунок хронічних хворих, а контрольна – гострих, за віковим складом хворі на СКХ виявились дещо «старіші»: з них 50,8% (проти 32,0% у контрольній групі) були у віці понад 50 років. За статтю і місцем проживання порівнювані групи не відрізнялись і порівну (приблизно по 50%) були представлені чоловіками і жінками та мешканцями міст і сіл.

Крім цього, з метою виявлення чинників ризику рецидивування СКХ, у основній групі

хворих виділили дві підгрупи: без (403 обстежених) і з рецидивами (40 пацієнтів).

Вивчали складові соціально-психологічної адаптації, такі як: рівень задоволеності станом здоров'я, життям, конфліктність у сім'ях і робочих колективах, відчуття самотності, громадська активність тощо.

Рівні фізіологічної адаптації вивчали за функціональним станом серцево-судинної та вегетативної нервової систем за методикою В. Казначеева [4]. За рівнем систолічного, діастолічного артеріального тиску та частотою серцевих скорочень оцінювали стан механізмів адаптації як: нормальний, напруження чи зрив.

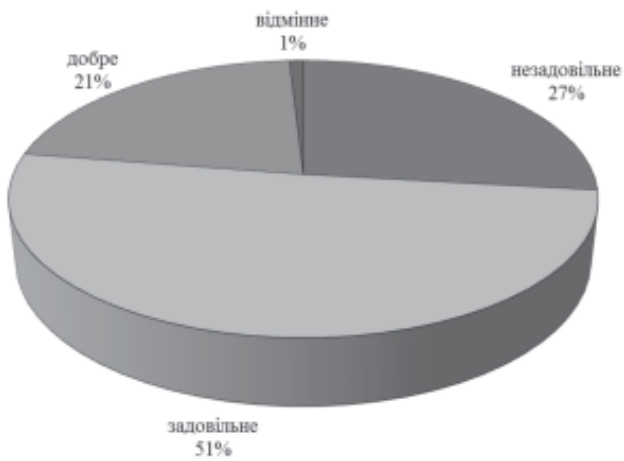
Оскільки за результатами дослідження отримані переважно категорійні (якісні) дані, для статистичної обробки даних використовували формули розрахунку частоти кожного чинника на 100 опитаних і похибки репрезентативності для відносних величин, а оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проводили за допомогою критерію  $\chi^2$  [5]. Нерівномірність вікового складу порівнюваних груп елімінували з допомогою прямого методу стандартизації. При цьому стандартною популяцією обрано віковий розподіл сумарної кількості опитаних двох груп порівняння [5].

Враховуючи, що за дизайном проведене дослідження є ретроспективним епідеміологічним, для виявлення чинників ризику виникнення та рецидивування СКХ використали методику розрахунку показника відношення шансів (Odds Ratio, OR) та його 95% довірчого інтервалу (95% Confidential Interval, 95% CI) [5].

**Результати дослідження.** Встановлено, що більшість хворих на СКХ, незалежно від статі та місця проживання, незадоволені власним станом здоров'я.

Як видно на рис. 1, тільки четверо опитаних ( $0,9 \pm 0,5\%$ ) оцінили власне здоров'я як відмінне і ще десь п'ята частина ( $21,6 \pm 2,0\%$ ) як добре.

Половина опитаних ( $50,7 \pm 2,4\%$ ) вважали свій стан здоров'я задовільним, а частка тих, хто



**Рис. 1.** Самооцінка хворими на СКХ власного стану здоров'я

повністю незадоволені своїм станом здоров'я сягала чверті –  $26,8 \pm 2,1\%$ .

Зрозуміло, що частка невдоволених зростає з віком: з  $15,7 \pm 4,3\%$  віком менше 30 років до  $37,2 \pm 4,5\%$  респондентів віком понад 60 років ( $p < 0,001$ ). Але результати дослідження свідчать, що не стільки вік, як прогресування і рецидивування захворювання впливають на самопочуття та якість життя. Доказами сказаного стали отримані факти, що при порівнянні самооцінки стану здоров'я респондентів основної і контрольної груп не виявлено суттєвих відмінностей ( $p > 0,05$ ). Очевидно, наявність будь-якого захворювання, гострого чи хронічного, однаково впливає на самопочуття. Застосування методу стандартизації показників за віком не підтвердило, що він є домінуючим чинником невдоволеності станом здоров'я. Разом з тим, з допомогою розрахунку показника відношення шансів доведено, що із появою рецидивів СКХ імовірність низької самооцінки здоров'я зростає ( $OR = 2,45$ ;  $95\%CI = 1,27-4,76$ ;  $p < 0,01$ ). У ре-

зультаті, практично половина хворих на СКХ із рецидивами ( $45,0 \pm 7,9\%$ ) оцінювали власне здоров'я як незадовільне, а як добре – лише  $5,0\%$ .

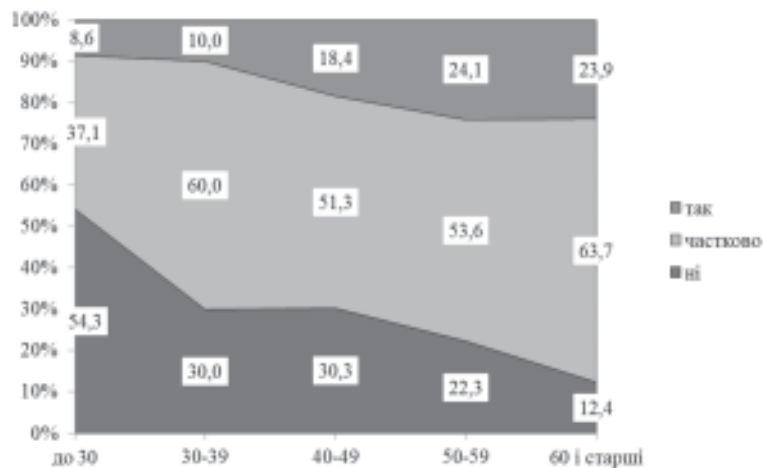
Можливою причиною цього може бути обмеження життєдіяльності, спричинене довготривалим хронічним захворюванням. Як ілюстрація, тільки близько чвертини ( $27,4 \pm 2,1\%$ ) опитаних хворих на СКХ, незалежно від статі та місця проживання, зазначили, що наявне захворювання не впливає на їх життєдіяльність, у решти вона обмежена частково ( $54,2 \pm 2,4\%$ ), а у кожного п'ятого ( $18,4 \pm 1,8\%$ ) – повністю.

Інтенсивність обмеження життєдіяльності, як і незадоволеність власним здоров'ям, також зростала із віком (рис. 2).

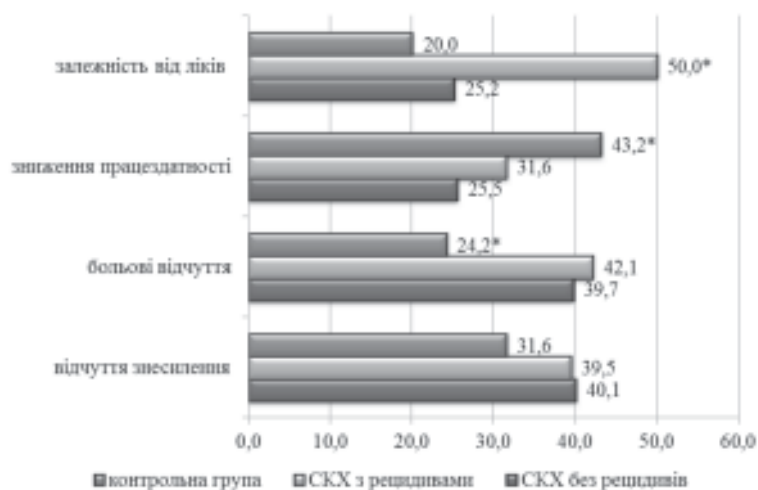
Разом з тим, при поглибленому вивченні цього чинника також встановлено, що не тільки віковий чинник викликає такі зміни, але й прогресування та рецидивування захворювання. Про це свідчить те, що в цілому відповіді хворих основної і контрольної груп між собою різнились ( $p > 0,05$ ) і стандартизовані за віком показники практично не відрізнялись від реальних, але при наявності рецидивів СКХ шанси значного обмеження життєдіяльності зростали у 2–8 разів ( $OR = 4,39$ ;  $95\%CI = 2,23-8,65$ ;  $p < 0,001$ ).

Також встановлено значні відмінності у причинах (на думку опитаних) обмеження життєдіяльності внаслідок наявного захворювання. Як видно на рис. 3, де представлені найчастіше відзначувані відповіді респондентів, відчуття знесилення приблизно однаково супроводжує як хворих на СКХ, так і хворих на гострі захворювання сечовидільної системи –  $31,6-40,1\%$  ( $p > 0,05$ ).

Водночас, у хворих на СКХ, з рецидивами і без, значно вищі шанси наявності болю ( $OR = 2,09$ ;  $95\%CI = 1,24-3,51$ ), який їх більше турбував, ніж осіб з контрольної групи –  $39,7-$



**Рис. 2.** Рівень обмеження життєдіяльності хворих на СКХ різного віку (за даними самооцінки)



**Рис. 3. Характеристика основних причин обмеження життєдіяльності внаслідок захворювання у респондентів порівнюваних груп (на 100 опитаних)**

42,1% проти 24,2% ( $p < 0,01$ ). І навпаки, на зниження працездатності частіше скаржились хворі із гострими урологічними захворюваннями (43,2% проти 25,5–31,6% серед хворих на СКХ,  $p < 0,01$ ; відповідно  $OR = 0,47$ ;  $95\%CI = 0,29–0,75$ ). Очевидно, пацієнти із хронічним захворюванням з часом адаптуються і вчаться жити та працювати із патологією, на відміну від осіб, які вперше в житті стикаються із урологічним захворюванням.

Звертає на себе увагу (рис. 3), що із прогресуванням та рецидивуванням СКХ зростає залежність від ліків ( $OR = 2,97$ ;  $95\%CI = 1,49–5,93$ ), на яку скаржилось 50,0% хворих на СКХ із рецидивами проти 25,2% хворих на СКХ без рецидивів та 20,0% осіб контрольної групи ( $p < 0,01$ ).

Крім того, більше половини хворих на СКХ ( $53,8 \pm 2,4\%$ ) мали тією чи іншою мірою проблеми зі сном. Порушення сну також цілком логічно зростали з віком з  $28,5 \pm 5,4\%$  у молодих (менше 30 років) до  $69,6 \pm 4,3\%$  у похилому віці ( $p < 0,001$ ) і частіше вражали жінок ( $63,6 \pm 3,2\%$ ), ніж чоловіків ( $43,1 \pm 3,4\%$ ,  $p < 0,001$ ). Не встановлено відмінностей за цим параметром у порівнянні із контрольною групою ( $p > 0,05$ ), а стандартизовані за віком показники суттєво не відрізнялись від рівнів до стандартизації. Однак із прогресуванням захворювання скарги на порушення сну зростали до  $80,0 \pm 6,3\%$  ( $OR = 3,91$ ;  $95\%CI = 1,62–9,40$ ;  $p < 0,001$ ).

Досить поширеними виявились серед респондентів і нарікання на наявність дистресів у їх житті. Стабільне відчуття тривоги та депресії, незалежно від віку, місця проживання, стадії захворювання ( $p > 0,05$ ), супроводжувало практично кожного п'ятого хворого на СКХ ( $21,8 \pm 2,0\%$ ).

У більшості ( $67,0 \pm 2,2\%$ ) з них воно виникало періодично і всього десята частина респондентів основної групи ( $11,1 \pm 1,5\%$ ) майже ніколи не зазнавали стресових відчуттів. Особливих відмінностей при порівнянні із контрольною групою не встановлено ( $p > 0,05$ ). Дещо частіше на постійні стреси скаржились тільки жінки, хворі на СКХ, –  $28,6 \pm 3,0\%$  проти  $14,6 \pm 2,4\%$  чоловіків ( $p < 0,001$ ).

У дослідженні встановлено, що СКХ часто призводить до психологічної ізоляції хворих. Так, понад 60% опитаних таких хворих відзначили, що час до часу ( $55,5 \pm 2,4\%$ ) чи постійно ( $7,6 \pm 1,3\%$ ) почувуються самотніми. Це не співпадає із об'єктивними даними сімейного статусу, де частка осіб поза шлюбом удвічі нижча. Адже за сімейним станом більшість респондентів основної групи перебували у шлюбі ( $73,6 \pm 2,1\%$ ). Решта – або ніколи не одружувались ( $10,9 \pm 1,5\%$ ), або овдовіли ( $9,5 \pm 1,4\%$ ), і ще незначний відсоток опитаних ( $5,9 \pm 1,1\%$ ) – були розлученими.

Відчуття самотності незначно, але зростало з віком хворих на СКХ (з  $58,6–55,3\%$  у віці менше 50 років до  $68,5–69,7\%$  у похилому віці,  $p > 0,05$ ). З одного боку, це можна трактувати як наслідок об'єктивного зростання самотності за рахунок, у першу чергу, збільшення частки вдівців (з нуля у віці до 30 років до  $28,6\%$  у осіб старше 60 років) і паралельного зменшення кількості осіб, що ніколи не перебували у шлюбі (з  $49,3\%$  до  $1,8\%$  відповідно). Проте, як бачимо, їх сумарні частки все одно нижчі, ніж частота відчуття самотності, що свідчить на користь висунутої гіпотези щодо психологічної ізоляції та зниження якості життя у зв'язку із погіршенням стану здоров'я через наявність хронічного рецидивуючого захворювання. Ще од-

нією ілюстрацією сказаному може бути той факт, що серед осіб контрольної групи на самотність скаржилось достовірно менше респондентів:  $53,8 \pm 3,6\%$  ( $p < 0,05$ ). Правда, серед них, можливо за рахунок дещо молодшого складу опитаних, менше було і тих, хто перебував поза шлюбом ( $32,8 \pm 3,3\%$  сумарно). Застосування методу стандартизації показало, що усунення нерівностей вікової структури порівнюваних груп змінило розподіл за сімейним статусом, але не вплинуло на поширеність відчуття самотності.

Більш інтенсивно це відчуття було поширене серед хворих СКХ жіночої статі:  $68,4 \pm 3,1\%$  проти  $58,3 \pm 3,4\%$  серед чоловіків, зокрема за рахунок удвічі більшої частки тих, у яких це відчуття є постійним ( $9,8 \pm 2,0\%$  проти  $5,2 \pm 1,5\%$ ,  $p < 0,05$ ). Для порівняння, питома вага овдовілих серед жінок також була вищою, ніж серед чоловіків ( $14,1 \pm 2,3\%$  проти  $4,7 \pm 1,4\%$ ,  $p < 0,01$ ), але її рівні майже удесятеро нижчі, ніж психологічне почуття.

Також значно частіше скаржились на самотність хворі на СКХ із сільських поселень:  $67,6 \pm 3,2\%$  проти  $59,6 \pm 3,3\%$  серед міських респондентів ( $p < 0,05$ ), хоча за сімейним станом серед них різниці не встановлено ( $p > 0,05$ ).

Тобто, така невідповідність між суб'єктивним відчуттям та реальним сімейним станом, а також доказові дані свідчать на користь висунутої гіпотези, що саме наявність СКХ суттєво збільшує шанси виникнення відчуття самотності ( $OR = 1,44$ ;  $95\%CI = 1,03 - 2,02$ ). Разом з тим, не встановлено різниці за розглянутим соціально-психологічним фактором всередині хворих на СКХ із та/без рецидивів ( $p > 0,05$ ).

З іншого боку, не отримано доказів, що наявність СКХ деструктивно впливає на стосунки у сім'ях та робочих колективах. Зокрема, вивчення соціально-психологічного клімату у родинх респондентів показало, що тільки поодинокі хворі на СКХ оцінювали сімейні взаємовідносини як незадовільні ( $1,8 \pm 0,6\%$ ), а більшість – як задовільні ( $57,7 \pm 2,4\%$ ) чи доброзичливі ( $40,5 \pm 2,4\%$ ). При цьому, опитані практично із всіх порівнюваних груп аналогічно оцінювали взаємовідносини в своїх родинх ( $p > 0,05$ ). Судження про родинні стосунки суттєво погіршувались тільки з віком ( $p < 0,01$ ). Так, питома вага тих, хто оцінював взаємовідносини у сім'ях як доброзичливі, знижувалась із  $43,5\%$ , серед осіб менше 30 років, до  $33,3\%$ , серед респондентів старших 60 років.

Також встановлено, що більше третини опитаних хворих на СКХ ( $38,7 \pm 2,4\%$ ) характеризували стосунки в робочих колективах як доб-

розичливі і ще понад половину ( $59,1 \pm 2,4\%$ ) – як задовільні. Тільки поодинокі респонденти висловлювали незадоволення психологічним кліматом у робочому колективі ( $2,2 \pm 0,7\%$ ). Достовірних відмінностей щодо оцінки взаємовідносин з колегами по роботі у групах порівняння не встановлено ( $p > 0,05$ ).

Відомо, що компенсувати відчуття самотності може громадська активність – відвідування знайомих, друзів та людей, з якими об'єднують спільні інтереси, гуртків, товариств, церкви тощо. З іншого боку, частота соціальних контактів є важливим індикатором якості життя.

Вивчення цього параметра показало, що лише половина опитаних хворих на СКХ ( $50,1 \pm 2,4\%$ ) відзначили, що беруть активну участь у громадському житті.

Соціальна активність недостовірно, але цілком логічно знижувалась із віком (з  $59,0\%$  у менш ніж 30 років до  $44,1\%$  у старших 60 років,  $p > 0,05$ ). Можливості соціальних контактів закономірно також були гіршими серед сільського населення, ніж у містах, а тому відповідні показники тут склали  $43,0 \pm 3,4\%$  проти  $57,0 \pm 3,3\%$  ( $p < 0,05$ ).

Не встановлено суттєвих відмінностей за громадською активністю серед хворих на СКХ та контрольною групою ( $p > 0,05$ ) і стандартизовані за віком показники були практично ідентичні первинним коефіцієнтам. Проте знову встановлено, що наявність рецидивів СКХ зменшує шанси постійних соціальних контактів (до  $32,4 \pm 7,7\%$ ,  $OR = 2,24$ ;  $95\%CI = 1,09 - 4,57$ ;  $p < 0,05$ ), а отже, і якісь життя пацієнтів.

Слід також зазначити, що більшість хворих на СКХ, незалежно від віку, статі, місця проживання, висловлювали невдоволеність життям загалом –  $61,8 \pm 2,3\%$ . Подібними були відповіді й респондентів контрольної групи ( $p > 0,05$ ), але наявність рецидивів СКХ збільшувала шанси такої оцінки життєвої ситуації до  $80,0\%$  ( $OR = 2,67$ ;  $95\%CI = 1,20 - 5,94$ ;  $p < 0,05$ ).

Тобто, як впливає з вище представлено-го аналізу даних, наявність такого хронічного захворювання, як СКХ, особливо при її рецидивуванні (рис. 4), має негативний вплив на основні показники якості життя і соціально-психологічну адаптацію.

Застосування об'єктивних критеріїв оцінки адаптивних механізмів за даними рівнів артеріального тиску та частоти серцевих скорочень за методом В. Казначеева підтвердило висунуту гіпотезу. Як видно на рис. 5, наявність СКХ призводить до напруження і зриву фізіологічних механізмів адаптації ( $OR = 1,64$ ;  $95\%CI = 1,01 -$

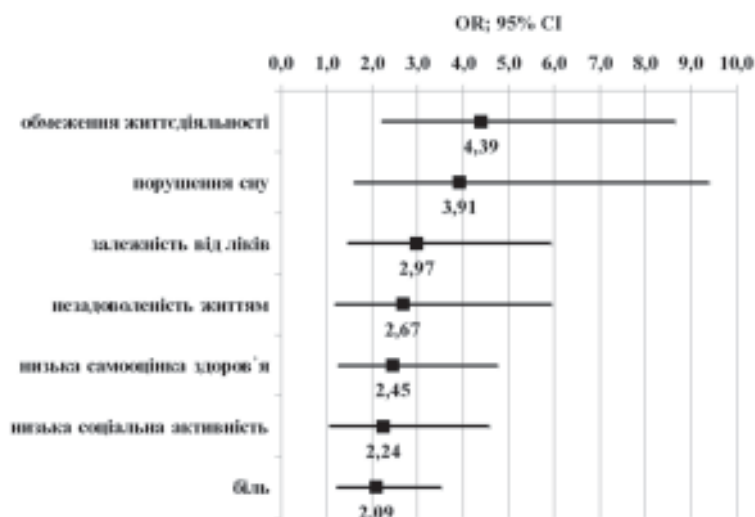


Рис. 4. Чинники соціально-психологічної дезадаптації при рецидивуванні СКХ

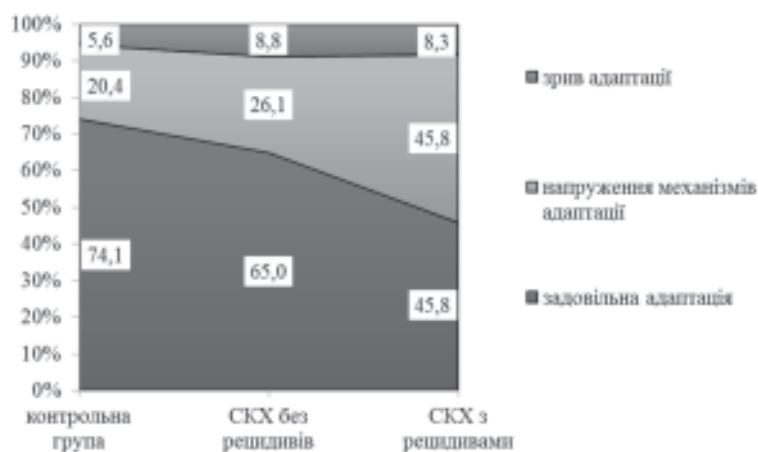


Рис. 5. Порівняльна характеристика розподілу обмежених за рівнями напруженості адаптаційних механізмів

2,68;  $p < 0,05$ ), які суттєво посилюються із прогресуванням захворювання та рецидивами каменеутворення ( $OR = 2,39$ ;  $95\%CI = 1,03 - 5,57$ ;  $p < 0,05$ ).

**Результати та їх обговорення.** Відомо, що наявність хронічного захворювання спричиняє широкий спектр психогенних реакцій організму, що мають назву «нозогеній» [6]. Такі дослідники, як О.Е. Їльїна [7] та О.О. Фільц із співав. [6] вважають, що їх вивчення при СКХ має важливе значення, оскільки вони відображають адаптаційні особливості пацієнтів і надають новий рівень усвідомлення перебігу патологічного процесу та можливостей для підбору адекватного індивідуального лікування.

При цьому важливими компонентами соціальної адаптації О.Е. Їльїна [7] виділяє: соматичний (тілесний) – ставлення до свого здоров'я і змін у ньому; особистісний (індивідуально-психологічний) – ставлення до себе, настрої,

думки, поведінка; ситуаційний (соціально-психологічний) – ставлення до життєвих ситуацій.

У дослідженнях М. Bryant et al. [8], K.L. Peniston, S. Y. Nakada [9], В. Е. Рязанцева і співав. [10], Л. О. Балки [11] доведено, що фізичні та психологічні страждання хворих на СКХ призводять зниження якості їх життя. В т. ч. у дослідженнях Л. О. Балки підкреслюється взаємозв'язок між проявами соціально-психологічної дезадаптації хворих на СКХ із зниженням їх якості життя [3] та обґрунтовується необхідність медико-психологічної допомоги таким пацієнтам [12].

#### Висновки

1. Встановлено, що сечокам'яна хвороба супроводжується психологічною ізоляцією хворих, яка проявляється відчуттям самотності у близько 60% хворих, що більш ніж удвічі перевищує кількість самотніх за об'єктивними даними.

2. Виявлено, що соціально-психологічна адаптація хворих знижується із прогресуванням

та рецидивуванням СКХ, про що свідчить зростання шансів обмеження життєдіяльності внаслідок захворювання, порушень сну, необхідності постійного прийому ліків, незадоволеності життям та власним здоров'ям, зменшення соціальних контактів, виникнення болю.

3. Доведено, що наявність СКХ призводить до напруження та зриву фізіологічних механізмів адаптації, які суттєво посилюються із прогресуванням захворювання.

4. Встановлене у дослідженні зростання соціально-психологічної та фізіологічної дезадаптації паралельно із прогресуванням СКХ повинно бути враховане при розробці індивідуальних реабілітаційних програм із залученням, при необхідності, психолога.

5. Перспективи подальших досліджень полягатимуть у розробці заходів профілактики рецидивування СКХ із врахуванням встановлених у дослідженні даних.

## Список літератури

1. Turk C., Knoll T., Petrik A., Sarica K., Skolarikos A., Straub M., Seitz C. EAU Guidelines on urolithiasis // *European Association of Urology*. – 2015. – P. 1–71.

2. Возіанов О. Ф., Пасечников С. П., Сайдакова Н. О., Дмитришин С. П. Динаміка захворюваності та поширеності сечокам'яної хвороби серед дорослого населення України // *Здоров'я мужчини*. – 2010. – № 2 (33). – С. 17–24.

3. Балка Л. О. Клініко-патопсихологічні, індивідуально-психологічні та психосоціальні чинники у генезі дезадаптації пацієнтів із сечокам'яною хворобою однієї або єдиної нирки // *Медична психологія*. – 2014. – № 3. – С. 22–29.

4. Казначеев В. П. *Очерки теории и практики экологии человека [монография]*. – М.: Наука, 1983. – 260 с.

5. Forthofer R.N., Lee E.S., Hernandez M. *Biostatistics: A Guide to Design, Analysis, and Discovery*. – Amsterdam: Elsevier Academic Press, 2007. – 502 p.

6. Фільц О.О., Мироненко О.І., Богута Х.Р., Фітькало О.С., Кечур Р. В., Данилко М.Й. Типологія нозогенних реакцій при сечокам'яній хворобі // *Буковинський медичний вісник*. – 2013. – Т. 17, № 4 (68). – С. 163–168.

7. Ильина О.Э. Социально-психологическая дезадаптация личности пациентов, страдающих мочекаменной болезнью: Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05. – Ярославль, 2000. – 165 с.

8. Bryant M., Angell J., Tu H., Goodman M., Pattaras J., Ogan K. Health related quality of life for stone formers // *J. Urol*. – 2012. – V. 188, N 2. – P. 436–440.

9. Penniston K. L., Nakada S. Y. Development of an instrument to assess the health related quality of life of kidney stone formers // *J. Urol*. – 2013. – V. 189, N 3. – P. 921–930.

10. Рязанцев В.Е., Лемкина Е.А., Рязанцев Е.В., Черепкин А.В. Гендерные и возрастные особенности качества жизни больных мочекаменной болезнью // *Международный научно-исследовательский журнал*. – 2013. – № 10. – С. 26–28.

11. Балка Л.О. Індивідуально-психологічні й психосоціальні особливості пацієнтів зі сечокам'яною хворобою однієї або єдиної нирки // *Медична психологія*. – 2014. – № 2. – С. 74–81.

12. Балка Л.О. Обґрунтування загальних засад медико-психологічної допомоги хворим на сечокам'яну хворобу однієї або єдиної нирки // *Медична психологія*. – 2015. – № 2. – С. 53–56.

## Реферат

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ

О.З. Децик, Д.Б. Соломчак

С целью изучения особенностей социально-психологической и физиологической адаптации больных мочекаменной болезнью (МКБ) провели ретроспективное эпидемиологическое

## Summary

UROLITHIASIS AS A FACTOR OF SOCIAL, PSYCHOLOGICAL AND PHYSIOLOGICAL DISADAPTATION OF PATIENTS

O.Z. Detsyk, D.B. Solomchak

To study the peculiarities of social, psychological and physiological adaptation of patients with urolithiasis it was conducted a retrospective epidemiological study of a representative

исследование репрезентативной выборки 443 больных МКБ (основная группа, из них 403 – без рецидивов и 40 – с рецидивами) и 203 больных с другой преимущественно острой урологической патологией (контрольная группа), которые находились на стационарном лечении в урологических подразделениях учреждений здравоохранения Ивано-Франковской области.

Установлено, что мочекаменная болезнь сопровождается психологической изоляцией больных, которая проявляется ощущением одиночества (OR=1,44; 95%CI=1,03–2,02). Обнаружено, что социально-психологическая адаптация больных снижается с прогрессированием и рецидивированием МКБ, о чем свидетельствует рост шансов ограничения жизнедеятельности вследствие заболевания (4,39; 2,23–8,65), нарушений сна (3,91; 1,62–9,40), необходимости постоянного приема лекарств (2,97; 1,49–5,93), неудовлетворенности жизнью (2,67; 1,20–5,94) и собственным здоровьем (2,45; 1,27–4,76), уменьшения социальных контактов (2,24; 1,09–4,57), возникновение боли (2,09; 1,03–5,57). Доказано, что наличие МКБ приводит к напряжению и срыву физиологических механизмов адаптации (1,64; 1,01–2,68), которые существенно усиливаются с прогрессированием заболевания (2,39; 1,03–5,57)

**Ключевые слова:** мочекаменная болезнь, социально-психологическая и физиологическая адаптация.

#### Адреса для листування

Д.Б. Соломчак

E-mail: dsolomchak@ukr.net

sample of 443 patients with urolithiasis (main group, 403 – of them without recurrences and 40 – with recurrences) and 203 patients with other predominantly acute urological pathology (control group) who were in urologic in-patient departments of health care facilities of Ivano-Frankivsk region.

It was established that urolithiasis is accompanied by psychological isolation of patients, which is manifested in the feeling of loneliness (OR=1,44; 95%CI=1,03–2,02). It was showed that social and psychological patient's adaptation decreases with the progression and recurrence of urolithiasis, as evidenced by the growth of odds of disability due to disease ( 4,39; 2,23–8,65), sleep disorders (3,91; 1,62–9,40), necessity of constant intake of medicines (2,97; 1,49–5,93), dissatisfaction with life (2,67; 1,20–5,94) and health (2,45; 1,27–4,76), reduction of social contacts (2,24; 1,09–4,57), pain (2,09; 1,03–5,57). It was proved that the occurrence of urolithiasis leads to tension and breakdown of adaptive mechanisms (1,64; 1,01–2,68), which significantly increase with the progression of disease.

**Keywords:** urolithiasis, social, psychological and physiological adaptation.