

© Коллектив авторов, 2020

УДК 616.613-003.7:615.851:616-08-07

DOI 10.21886/2308-6424-2020-8-3-120-133

ISSN 2308-6424



Применение краткосрочного психотерапевтического вмешательства для улучшения приверженности терапии пациентов с мочекаменной болезнью

Нариман К. Гаджиев¹, Анна В. Васильева^{2,3}, Дарья В. Зайцева⁴, Дмитрий С. Горелов¹,
Виталий А. Гелиг¹, Владимир М. Обидняк¹, Марина А. Когай⁴, Сергей Б. Петров¹

¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России
197022, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России
192019, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3

³ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России
191015, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

⁴ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»
199034, Россия, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9

В статье рассматриваются основные принципы проведения краткосрочного психотерапевтического вмешательства у пациентов с мочекаменной болезнью. Краткосрочная психотерапевтическая интервенция успешно рекомендовала себя в лечении зависимого поведения. В настоящее время данный метод также используется при терапии ряда хронических соматических заболеваний, таких как гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца. Адаптация данного метода может стать успешным инструментом для повышения уровня приверженности лечению для пациентов с мочекаменной болезнью, так как соблюдение врачебных рекомендаций позволяет значительно снизить частоту рецидивного камнеобразования.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь; приверженность терапии; комплаенс; краткосрочное психотерапевтическое вмешательство; мобильное приложение

Раскрытие информации: Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила в редакцию: 16.06.2020. **Принята к публикации:** 11.08.2020. **Опубликована:** 26.09.2020.

Автор для связи: Дмитрий Сергеевич Горелов; тел.: +7 (921) 796-48-92; e-mail: dsgorelov@mail.ru

Для цитирования: Гаджиев Н.К., Васильева А.В., Зайцева Д.В., Горелов Д.С., Гелиг В.А., Обидняк В.М., Когай М.А., Петров С. Б. Применение краткосрочного психотерапевтического вмешательства для улучшения приверженности терапии пациентов с мочекаменной болезнью. *Вестник урологии*. 2020;8(3):120-133. <https://doi.org/10.21886/2308-6424-2020-8-3-120-133>

The implementation of the brief psychotherapeutic intervention to improve adherence to therapy in patients with urolithiasis

Nariman K. Gadjeiev¹, Anna V. Vasilyeva^{2,3}, Daria V. Zaytseva⁴, Dmitry S. Gorelov¹,
Vitaliy A. Gelig¹, Vladimir M. Obidnyak¹, Marina A. Kogai⁴, Sergey B. Petrov¹

¹Pavlov First St. Petersburg State Medical University
197022, Russian Federation, St. Petersburg, 6–8 Lev Tolstoy St.

²V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology
192019, Russian Federation, St. Petersburg, 3, Bekhterev St.

³I.I. Mechnikov North-Western State Medical University
191015, Russian Federation, St. Petersburg, 41, Kirochnaya St.

⁴St. Petersburg State University
199034, Russian Federation, St. Petersburg, 7-9 Universitetskaya Qy.

In this article, we review the basic principles of brief psychotherapeutic intervention in patients with urolithiasis. The brief psychotherapeutic intervention has proven successful in the treatment of addictive behaviour. Currently, this method is also used in the treatment of many chronic diseases, such as hypertension, diabetes mellitus, and ischemic heart disease. Adaptation of this method can be a successful tool to increase the level of adherence to therapy for patients with urolithiasis since adherence to medical recommendations can significantly reduce the frequency of recurrent stone formation.

Key words: urolithiasis; adherence to therapy; compliance; brief psychotherapeutic intervention; mobile app

Disclosure: The study did not have sponsorship. The authors have declared no conflicts of interest.

Received: 16.06.2020. **Accepted:** 11.08.2020. **Published:** 26.09.2020.

For correspondence: Dmitry S. Gorelov; tel.: +7 (921) 796-48-92; e-mail: dsgorelov@mail.ru

For citation: Gadjeiev N.K., Vasilyeva A.V., Zaytseva D.V., Gorelov D.S., Gelig V.A., Obidnyak V.M., Kogai M.A., Petrov S.B. The implementation of the brief psychotherapeutic intervention to improve adherence to therapy in patients with urolithiasis. *Urology Herald*. 2020;8(3):120-133. (In Russ.). <https://doi.org/10.21886/2308-6424-2020-8-3-120-133>

Мочекаменная болезнь (МКБ) или уролитиаз, относится к одной из основных урологических патологий, описанной ещё Гиппократом. Распространённость данного заболевания варьирует от 5 до 9% среди европейского населения, от 1 до 6 % в Азии от 7 до 11% в Северной Америке [1]. В России заболеваемость мочекаменной болезнью с 2005 по 2016 год увеличилась на 29,9% и составляет 737,5 случаев на 100000 населения [2]. Отличительной особенностью мочекаменной болезни является высокая частота рецидивирования, достигающая 30–50% в течение 10 лет после дебюта заболевания. При этом 10% пациентов имеют два и более рецидива [3, 4]. С учётом этого, важным направлением лечения МКБ должна являться профилактика рецидивирования.

Считается, что на повторное образование камней влияет ряд факторов, такие как химический состав конкремента, тяжесть заболевания, проведение мер по профилактике рецидива [4]. Согласно имеющимся исследованиям, проблема следования предписаниям врача (приверженность терапии), занимает одну из ключевых позиций. Например, достаточное потребление жидкости для достижения суточного объёма мочи не менее 2,5 литров снижает частоту рецидива мочекаменной болезни с 27 до 12,1% [5]. Однако, исследования показывают, что этой рекомендации следует менее 50% пациентов в течение 6 месяцев после консультации диетолога [6, 7].

Приверженность назначенному лечению в большей степени зависит от психосоциальных факторов, включая личностные особенности пациента, чем от природы заболевания. На сегодняшний день в медицине доминирует биопсихосоциальная парадигма, основные положения

которой были сформулированы в 70-х годах XX века Дж. Энджелом. Он указывал на ограниченность узкоmedizinского подхода, его отрыв от социальных, культурных и психологических факторов и отмечал, что просто отсутствие объективных симптомов заболевания зачастую не приводит к выздоровлению пациента [8]. Примером могут послужить статистические данные, полученные разными исследователями. Около 80% пациентов, обращающихся с такими жалобами, как боли в спине, дизурия, неприятные ощущения в промежности и паховой области не имеют никакой органической патологии, которая могла бы обуславливать подобное состояние пациента [9].

Биопсихосоциальная модель отражает необходимость системного подхода к вопросам здоровья и болезней. Если ещё 30–40 лет назад все основное внимание было уделено преимущественно диагностике физиологических показателей, то на данном этапе развития медицины принято рассматривать все аспекты функционирования и жизнедеятельности человека. При том, что психосоциальные интервенции прочно вошли в повседневную кардиологическую практику, а такие психотерапевтические методы как техники осознанности (майндфулнесс) во многих странах вошли в клинические рекомендации по лечению гипертонической болезни, имеются только единичные работы, посвящённые психосоциальным аспектам заболеваний мочевыделительной системы [10].

Психосоциальный компонент отражает субъективные факторы восприятия пациентом заболевания: личное отношение к нему, каким образом патология влияет на его привычный образ жизни, на его систему отношений. Кроме того, невозможно исключить и влияние культурально-

го контекста на восприятие заболевания и отношение окружающих к болящему человеку [11].

Внутренняя картина болезни (ВКБ) или модель репрезентации заболевания представляет собой многомерный интрапсихический конструкт, определяющий эмоциональное состояние, поведение и способность использовать средовые ресурсы при столкновении с болезнью. Она также в значительной степени влияет на приверженность пациента лечению, отношения с врачом, вероятность развития вторичных нозогенных адаптационных расстройств. Тип ВКБ зависит от личностных особенностей пациента, и в значительной степени от уровня информированности о своём заболевании, лежащего в основе интеллектуального компонента ВКБ. Пациент формирует ВКБ, используя не всегда достоверные источники информации и заполняя пробелы собственными фантазиями. Затем, на их основе принимаются решения относительно следования врачебным рекомендациям. К примеру, когнитивный конструкт «страх прогрессирования заболевания», вызывая эмоциональный дистресс с одной стороны, с другой может способствовать более дисциплинированному соблюдению режима лечения. Оценка собственного риска относится к психологическим факторам, определяющим выбор стратегии поведения в ситуации угрозы здоровью [12]. Таким образом, интеллектуальная переработка определяет последующие эмоциональные и поведенческие паттерны реагирования. Накопленный опыт указывает на то, что недостаточная информированность может быть причиной развития неадаптивных типов ВКБ с недооценкой последствий нарушения режима и низкой приверженности к назначенному лечению [13–15].

Предложенная Х. Левенталем теория саморегуляции объединила в себе способы когнитивной переработки информации о заболевании и набор действий, совершаемый пациентом для возвращения к здоровому состоянию, что должно учитываться для выбора мишеней психосоциальных интервенций по повышению приверженности схеме лечения. [16]

В 2003 году Всемирная Организация Здравоохранения ввела в употребление термин «приверженность терапии/лечению» (adherence), определив его как «степень, в которой поведение человека — приём лекарств, соблюдение диеты и/или изменение образа жизни — соответствует данным ему рекомендациям».

На сегодня принято выделять следующие факторы, влияющие на приверженность терапии: 1) факторы, связанные с пациентом (с его

личностью, социодемографическими характеристиками и т.д.), 2) факторы, связанные с врачами и 3) факторы, связанные с системой здравоохранения в целом. Каждый из них делится на ещё ряд переменных, все их учесть практически невозможно. Именно такое подробное разделение и классификация факторов, определяющих приверженность терапии, лежат в основе исследовательских проблем. Представляется мало возможным разработать метод, который бы мог исследовать все аспекты приверженности терапии пациента. Более того, в каждом конкретном заболевании выделяется ряд специфических факторов, которые принципиально важны и их необходимо учитывать при измерении уровня приверженности пациента. В настоящий момент существует несколько не только психологических, но и общемедицинских методик, которые оценивают отдельные аспекты приверженности терапии.

Проанализировав литературу, можно отметить следующую тенденцию — понятие «приверженность терапии» пришло на смену понятию «комплаенс» с акцентом на партнёрских отношениях между врачом и пациентом, и его ответственности и автономии в принятии решений относительно процесса лечения [17]. Если раньше отношения между врачом и пациентом носили патерналистский вертикальный характер, т.е. врач — фигура, которая целиком и полностью руководила лечебным процессом, а пациенту отводилась пассивная и подчинительная роль, то на данном этапе развития взаимоотношения врач-пациент постепенно переходят на партнёрский уровень взаимодействия. Это означает, что теперь пациент выступает как активный участник процесса лечения, например, пациент вправе быть проинформированным о вариантах лечения и выбрать для себя наиболее подходящий. Одновременно, от пациента ожидается более осознанный подход к процессу лечения и принятие ответственности за свои решения.

Несмотря на то, что в рамках модели совместного принятия решения предполагается разделение ответственности между врачом и пациентом, это разделение неравнозначно. Прежде всего потому, что многие факторы зависят только от врача, например, информирование пациента о заболевании, течении и возможных исходах. Более того, зачастую помимо непосредственно терапии, пациенты нуждаются в эмоциональной поддержке и укреплении их мотивации следовать назначенному лечению. Исследования подтверждают, что первостепенную роль в приверженности терапии играют взаимоотношения,

выстроенные между врачом и пациентом [18]. Привлечение клинического психолога в междисциплинарную бригаду с целью воздействия на психосоциальные факторы лечебного процесса может значительно улучшить приверженность лечению в силу наличия у психолога профессиональных коммуникативных навыков и умения воздействовать на психологические особенности пациента [19, 20].

Мочекаменная болезнь требует от пациента довольно простой и конкретной модификации привычек, связанных с питанием и употреблением жидкости. Исследования показали, что простое соблюдение диетологических рекомендаций и увеличение потребления жидкости позволяет значительно снизить риск повторного камнеобразования [8]. В настоящее время, данные рекомендации можно отнести к одним из наиболее простых для выполнения и самым бюджетным вариантам. Однако, учитывая процент рецидивов, можно говорить о том, что пока эта задача является нерешённой, несмотря на её кажущуюся простоту. По данным исследования Lotan, проведённого во Франции, если бы все 100% пациентов после хирургического удаления камней из мочевыводящих путей употребляли достаточное количество воды, то удалось бы избежать образования 11000 новых камней [8]. Тем не менее, большинство пациентов не соблюдает питьевой режим. Причины, препятствующие употреблению достаточного количества воды, можно разделить на 3 группы, в зависимости от уровня мотивации. Так, для немотивированных пациентов главными препятствиями являются недостаточная информированность о пользе и забывчивость. Для низкомотивированных пациентов препятствиями могут стать отсутствие жажды, недоступность воды или то, что просто не нравится её вкус. Высокомотивированным пациентам соблюдать питьевой режим могут мешать необходимость слишком часто посещать туалет или условия работы [20].

Работа над приверженностью терапии в психологическом ключе представляется достаточно многообещающей по тем причинам, что она направлена на мотивационно-поведенческую сферу. К примеру, искажённое представление пациента о своей роли, саботирование рекомендаций, ожидание, «что все пройдёт само собой» требует психокоррекционных вмешательств.

Субъективное отношение определяет степень выраженности здоровьесберегающего поведения, в зависимости от субъективной значимости сферы здоровья в системе отношений пациента [21–23].

Краткосрочная интервенция (КИ) или краткосрочное вмешательство — метод психологического консультирования, в основе которого лежат принципы мотивационного интервьюирования (МИ). Впервые метод мотивационного интервьюирования был описан в 1983 году для пациентов с алкогольной зависимостью [24, 25]. Начиная с 1990-х годов, данный метод начал активно внедряться и в другие сферы терапии, особенно при работе с пациентами с хроническими заболеваниями: сердечно-сосудистые, сахарный диабет, психозы и др.

Усилия психолога в рамках краткосрочного вмешательства направлены на повышение самоэффективности пациента, то есть, на осознание, что снижение риска рецидивирования, зависит от него самого [24]. При этом могут обсуждаться наиболее эффективные приёмы на всех стадиях: формирование намерения, уточнения планируемых действий, собственно действий и оценке результата (табл. 1).

В настоящее время также активно проводятся исследования с внедрением методов краткосрочной интервенции не только в клинике зависимостей, но и в ряде соматических заболеваний, таких как гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, сахарный диабет, подагра [19].

Метод краткосрочной интервенции направлен на усиление мотивации пациента для обеспечения приверженности терапии. Основными принципами являются: сотрудничество, актуализация воспоминаний, признание автономии пациента. Под *сотрудничеством* понимается партнёрская работа специалиста с пациентом в тех сферах, где необходимо изменение поведения. Директивные указания специалиста сменяются на активную партнёрскую беседу, призванную развивать процесс принятия решения. *Актуализация воспоминаний* — акцент на имеющемся ресурсе пациента для дальнейших изменений. Пациент может не делать то, что от него ожидается, но у каждого человека есть собственные цели, ценности, мечты. Эта часть МИ призвана связать необходимое для поддержания здоровья изменение поведения с тем, чего хочет сам пациент, с его ценностями и предпочтениями. *Признание автономии пациента* — ответственность за дальнейшие действия или не действия полностью возлагаются на пациента.

Главные принципы мотивационного интервьюирования:

1. Желание изменений должно исходить от пациента, а не навязано ему извне. КИ опирается прежде всего на выявление актуальных потребностей, мобилизацию внутренних ресурсов пациента и его целей для изменения поведения.

Таблица 1. Стадии изменения поведения
Table 1. Stages of behavior change

Стадия изменения поведения <i>Behavior change stage</i>	Задачи консультирующего специалиста <i>Tasks of the Consulting Specialist</i>	Действия специалиста, направленные на выполнение задач <i>Specialist actions aimed at completing tasks</i>
1	2	3
Стадия преднамерения <i>Pre-intention stage</i> Пациент не задумывается о необходимости изменения привычного поведения. Оставить «все как есть» выглядит более лёгким желательным вариантом <i>The patient does not think about the need to change habitual behavior. Leaving it as it is seems like an easier desirable option</i>	«Зародить сомнения». Способствовать осознанию необходимости смены привычного поведения <i>"Generate doubts." Promote awareness of the need to change habitual behavior</i>	• Установление взаимопонимания <i>Establishing mutual understanding</i> • Необходимо прояснить для пациента, что принятие решение исходит только от него <i>It is necessary to make it clear to the patient that the decision comes only from him</i> • Информация предоставляется в нейтральной форме, без осуждения и директивности <i>Information is provided neutrally, without judgment or directiveness</i> • Поддерживать стремление пациента к переоценке существующих моделей поведения <i>Support the patient's drive to reassess existing behaviours</i>
Стадия намерения <i>Intention stage</i> Пациент задумывается об изменении, но пока не включает их в свои планы <i>The patient thinks about changes but does not yet include them in his plans</i>	Определить причины изменения привычного поведения пациента и возможные риски, которые связаны с отсутствием каких-либо изменений Поддерживать самостоятельность пациента и его уверенность в собственных силах относительно изменений <i>Determine the reasons for the change in the patient's usual behaviour and the possible risks that are associated with the absence of any changes</i> <i>Maintain the patient's independence and self-confidence about change</i>	• Придерживаться позиции – все решения за пациентом <i>Adhere to the position - all decisions are up to the patient</i> • Провести анализ положительных изменений в случае выработки новых привычек (диета, увеличение количества выпиваемой жидкости и др.) <i>Analyze positive changes in the case of developing new habits (diet, increasing the amount of fluid you drink, etc.)</i> • Поощрять анализ пациента «за» и «против» изменения поведения <i>Encourage the patient to analyze the pros and cons of behavior change</i> • Отслеживать, отзеркаливать и усиливать высказывания самого пациента, касаясь побуждений к изменениям <i>Track, mirror and amplify the patient's statements about the impulse to change</i> • Поощрять пациента в поиске доводов в пользу изменений, а не искать их вместо него <i>Encourage the patient to seek reasons for change, rather than seek them instead</i>
Стадия подготовки к действию <i>Stage of preparation for action</i> Пациент принял решение к изменению поведения и делает первые попытки <i>The patient has decided to change behaviour and makes the first attempts</i>	Помощь в составлении плана действий и корректировке целей <i>Help in drawing up an action plan and adjusting goals</i>	• Совместно с пациентом разобрать возможные варианты и стратегии, направленные на изменение поведения <i>Work with the patient to review options and strategies for behaviour change</i> • Помощь пациенту в поиске источников социальной поддержки <i>Helping the patient find sources of social support</i> • Поощрять первые шаги <i>Encourage first steps</i>
Стадия действий <i>Action stage</i> Пациент пробует новые формы поведения <i>The patient tries new behavior</i>	Поддержка первых действий пациента, направленных на изменение поведения <i>Supporting the patient's first actions to change behavior</i>	• Поддерживать и подкреплять самостоятельность пациента <i>Maintain and reinforce patient self-dependence</i> • Привлекать ресурсы социальной поддержки <i>Engage social support resources</i> • Оказать помощь в определении препятствий изменения поведения <i>Help to identify barriers to behavior change</i> • Проговаривать вместе с пациентом преимущества долговременных изменений <i>Talk with the patient about the benefits of long-term change</i>

1	2	3
Стадия поддержания изменений <i>Maintaining change stage</i>	Поддержка в определении причин срывов и помощь в разработке стратегий по их преодолению и профилактике <i>Support in identification of the causes of disruptions and help in developing strategies to overcome them and prevent them</i>	- Обсуждать возможности противостояния срывам <i>Discuss the possibilities of resisting breakdowns</i> - Помочь составить план поддержки: семья, друзья, коллеги и др. <i>Help to create a support plan: family, friends, colleagues, etc.</i> - Определить возможные стратегии преодоления срывов <i>Identify possible strategies for disruption overcoming</i>
Стадия срыва (не всегда) <i>Breakdown stage (not always)</i> Пациент возвращается к старым моделям поведения <i>The patient reverts to old patterns of behavior</i>	Помощь в подготовке к действиям, направленных на то, чтобы пациент не «застрял» на старых моделях поведения и не разочаровался в себе и своих силах <i>Help to prepare for actions aimed at ensuring that the patient does not get stuck on old patterns of behavior and does not become disappointed in himself and his strengths</i>	- Проанализировать произошедший срыв <i>Analyze the failure that occurred</i> - Эмоциональная поддержка пациента <i>Emotional support of the patient</i> - Совместно оценить ситуации, которые имеют высокий риск спровоцировать возвращение к старым моделям поведения <i>Jointly assess situations that have a high risk of provoking a return to old patterns of behavior</i> - Проанализировать все «за» и «против» для немедленного возвращения к попыткам изменения поведения <i>Analyze the pros and cons for an immediate return to attempts at behavior change</i>

2. Только сам пациент способен сформулировать и разрешить свою амбивалентность. Амбивалентность — это конфликт между неудовлетворенными потребностями и линиями поведения, которые направлены на удовлетворение данных потребностей. Каждая такая линия имеет как положительные, так и отрицательные стороны, которые с помощью психолога могут быть осознаны пациентом. Анализ противоречивых и запутанных потребностей является инструментом, который способен помочь пациенту научиться лучше понимать себя и своё поведение, стать более саморезультативным.

3. Прямое убеждение пациента является неэффективным способом разрешения противоречий. Убеждения пациента в «серьёзности» и «важности» проблемы не принесут ожидаемого успеха. Подобные действия могут лишь усилить сопротивление пациента и подавить его волю, потому в рамках КИ данная стратегия недопустима.

4. КИ должна быть направлена на получение пациентом информации о самом себе, в спокойном тоне. Не допускаются критика, споры с пациентом в рамках данного подхода.

5. Специалист может директивно направлять попытки пациента в анализе и стремлении разрешить амбивалентность. Согласно КИ, изменения проблемного поведения не произойдут в случае противоречивых потребностей либо недостаточного понимания всех имеющихся возможностей поведения. Таким образом, для постепенного развития процесса изменений необходимо направить усилия пациента в необходимую сторону.

6. Готовность к изменениям поведения отражает динамику межличностных взаимодействий, а не является какой-либо стабильной величиной. Особое внимание при работе методом КИ должно быть обращено на особенности мотивации либо на проявления сопротивления пациента. Возрастание сопротивления пациента может свидетельствовать о некорректной оценке готовности к изменениям.

7. Между специалистом и пациентом должны выстраиваться партнерские взаимоотношения, исключая вертикальную модель «эксперт-исполнитель». Специалисту следует уважать свободу воли пациента и свободу выбора в вопросах собственного поведения. Вера пациента в свои силы, его самоэффективность должны выступать ценностью для специалиста.

Основные принципы краткосрочной интервенции:

- признание свободы и самостоятельности пациента в его выборе;
- стремление понять и представить систему ценностей пациента;
- принятие точки зрения пациента, его мнения и позиции;
- внимательность и поощрение даже малейших проявлений признания пациентом наличия проблемы и стремления к ее изменению;
- мониторинг степени готовности пациента к каким-либо изменениям;
- избегание стратегий, провоцирующих развитие сопротивления пациента.

Метод краткосрочного психологического вмешательства базируется на описанном выше

подходе и, согласно ряду зарубежных исследований, выступает эффективным инструментом для модификации поведения в целом, а не только применительно к какому-либо конкретному заболеванию [25, 26].

При уролитиазе вмешательство направлено на соблюдение пациентом рекомендаций врача по профилактике рецидива. Всем больным МКБ, независимо от индивидуального риска рецидивирования, следует соблюдать профилактические меры. Для профилактики рецидивов мочекаменной болезни используются следующие диетологические стратегии: достаточное потребление жидкости, при котором суточный объем мочи составляет не менее 2-2,5 л, потребление белка 0,8-1 г/кг/сутки, ограничение на-

трия до 2300 мг/сутки, потребление пищевого кальция 1000-1200 мг/сутки, и другие (табл. 2) [4, 27].

Краткосрочное вмешательство чаще всего ограничивается несколькими беседами консультативно-просветительного характера, которые проводятся в лечебном учреждении.

При проведении КИ необходимо последовательно проводить:

- просвещение — предоставление информации, без каких-либо обвинений;
- возможность выбора;
- подчеркивание ответственности пациента за его выбор;
- эмпатическую поддержку пациента и выражение готовности ему помочь.

Таблица 2. Общие профилактические меры
Table 2. General preventive measures

Виды камней <i>Types of the stones</i>	Рекомендации <i>Recommendations</i>
Кальций-оксалатные камни <i>Calcium oxalate stones</i>	1. Рекомендован прием жидкости, который позволит достичь объема мочи не менее 2,5 л/сутки (уровень доказательности В) [35]. 2. Ограничение потребления поваренной соли до 4-5 г в день (натрия до 2300 мг) [35]. 3. Потребление кальция в пределах 1000-1200 мг в сутки [35]. 4. Потребление белка в пределах 0,8-1,0 г/кг/сут, предпочтителен белок растительного происхождения [4]. 5. Ограничение богатой пуринами пищи при гиперурикозурии [36, 37]. 6. Ограничение богатых оксалатами продуктов, особенно при гипероксалурии. 1. <i>Fluid intake is recommended to achieve a urine volume of at least 2.5 L / day (level of evidence B) [35].</i> 2. <i>Limiting consumption of table salt to 4-5 g per day (sodium to 2300 mg) [35].</i> 3. <i>Consumption of calcium in the range of 1000-1200 mg per day [35].</i> 4. <i>Protein consumption in the range of 0.8-1.0 g / kg/day, a protein of plant origin is preferable [4].</i> 5. <i>Restriction of food rich in purines in hyperuricosuria [36, 37].</i> 6. <i>Limiting oxalate-rich foods, especially with hyperoxaluria.</i>
Уратные камни <i>Urate stones</i>	Ограничение богатой пуринами пищи [38] Рекомендуются богатая овощами и фруктами диета с целью повышения алкализации мочи [38] Снижение избыточного веса [39] 1. <i>Limiting purine-rich foods [38]</i> 2. <i>A diet rich in vegetables and fruits is recommended to increase urine alkalization [38]</i> 3. <i>Reducing excess weight [39]</i>
Карбонатапатит, фосфат магния и аммония, урат аммония <i>Carbonatapatite, magnesium and ammonium phosphate, ammonium urate</i>	1. Рекомендуются сбалансированная смешанная диета [4] 2. Рекомендуются потреблять достаточное количество жидкости для дилуции и ацидофикации мочи [4, 40] 1. <i>A balanced mixed diet is recommended [4]</i> 2. <i>It is recommended to consume a sufficient amount of fluid for dilution and acidification of urine [4, 40]</i>
Цистиновые камни <i>Cystine stones</i>	1. Снижение потребления натрия до 2 грамм в сутки [41]. 2. Рекомендуются богатая овощами и фруктами диета с целью повышения алкализации мочи [38]. 3. Потребление достаточного количества жидкости для поддержания нахождения цистина в растворенной форме в моче с учетом его концентрации и ее pH [42]. 1. <i>Reducing sodium intake to 2 grams per day [41].</i> 2. <i>A diet rich in vegetables and fruits is recommended to increase urine alkalization [38].</i> 3. <i>Consumption of sufficient fluid to maintain the presence of cystine in dissolved form in urine, taking into account its concentration and its pH [42].</i>

Главная задача краткосрочной интервенции заключается в проведении мероприятий, которые будут направлены на поддержание мотивации пациента следовать предписанной диете и соблюдению питьевого режима, с целью профилактики повторного камнеобразования. Фокусами психологической интервенции здесь выступают рекомендации, основанные на химическом анализе состава камня и повторное обращение с данными результатами для планирования дальнейшего лечения.

Краткосрочная интервенция состоит из следующих этапов:

1. Опрос.

Собирается информация о том, насколько пациент информирован о заболевании, о течении заболевания, необходимых мерах профилактики и существующих диетах; данные об актуальном образе жизни пациента, его диете и количестве выпиваемой жидкости в сутки, о готовности к изменению устоявшихся форм поведения, например, «Случалось ли Вам ранее работать над какой-нибудь новой привычкой? Как Вы это делали? Как долго это длилось? Понравилось ли Вам это?» и т.п. На данном этапе происходит сбор информации об актуальных целях и потребностях пациента, например, «Вы упоминали, что работа для Вас очень важна. Как Вы считаете, снижение риска рецидива способно для Вас снизить напряжение, связанное со страхом потери работы или страха, что вы не сможете выполнять свою работу как раньше?».

2. Обратная связь.

Информирование пациента должно происходить в безоценочной манере без запугивания и это усиливает не всегда осознаваемое сопротивление и эффективно только в краткосрочной перспективе давления. Данный этап целесообразно разделить на две стадии: предоперационную и послеоперационную. *До операции:* информирование пациента о заболевании, высокой частоте рецидивирования, индивидуальных факторах риска, ходе, ожидаемых результатах и возможных осложнениях хирургического вмешательства. *После хирургического удаления камней* пациенту необходимо дать рекомендации по общим аспектам профилактики рецидива камнеобразования и дать план обследования для разработки индивидуальных мер профилактики. Такое обследование включает в себя определение химического состава камня, исследование уровня ионизированной кальция, мочевой кислоты, паратгормона и витамина Д 25 (ОН) в крови, определение суточного выделения оксалата, кальция, мочевой кислоты, магния, натрия, ци-

трата с мочой, определение диуреза и суточную pH-метрию. Нужно обсудить с пациентом необходимые меры предосторожности и возможные осложнения при их несоблюдении, важность выполнения анализа камня и влияние данной процедуры на дальнейшую терапию и её исход; повторно обсудить с пациентом особенности питания, способствующих снижению риска повторного камнеобразования.

3. Выработка рекомендаций.

Обсуждение возможных вариантов диеты или режима питания/питья, которые подбираются индивидуально, в зависимости от типа камня. Согласно принципам краткосрочного вмешательства, необходимо сделать акцент на том, что ответственность за принятие решения остаётся за пациентом, например, «Мы обсудили с Вами особенности Вашего заболевания и те меры, которых следует придерживаться. Однако, что делать – это Ваш выбор и решение исключительно за Вами. Я здесь только для того, чтобы помочь Вам».

4. Поддержка.

Определение конкретных целей и задач поведения, в зависимости от решения пациента. Например, договориться о конкретном количестве жидкости, которое пациент будет выпивать в сутки, каким образом он сможет достичь этой цели. «Вы говорите, что хотели бы увеличить количество потребляемой жидкости — какое количество было бы для Вас оптимальным при рекомендованном количестве не менее 2,5 литров? Что Вам потребуется, чтобы сделать это?».

5. Наблюдение.

При повторных обращениях пациента нужно оценить изменения в поведении, их характер; подкрепить достигнутые успехи. Предложить помощь в случае неудачи, например, «Мы обсуждали с Вами ранее, что количество потребляемой воды в сутки должно быть не менее 2,5 литров, Вы говорите, что иногда забываете выпить воду, это не страшно, главное продолжать следовать тому режиму, который Вы установили». В случае, если пациент указывает на невозможность следовать ранее установленному режиму, важно вернуться к обсуждению новой стратегии и поддерживать мотивацию пациента следовать составленному плану, например, «Думаю, это здорово, что Вы работаете над изменением своего образа жизни и питания несмотря на то, что это сложно для Вас». Также обсуждается, что практически невозможно без срывов выработать новые привычки, что это часть цикла перестройки образа жизни.

Краткосрочные интервенции следует проводить в доброжелательном тоне, без каких-либо

оценок со стороны консультирующего специалиста в спокойной и расслабленной для пациента обстановке. Центральным элементом данной интервенции — фокусирование внимания пациента на увеличении количества потребляемой им жидкости, соблюдении выбранной ранее диетологической стратегии.

На этапе выработки рекомендаций имеет смысл также познакомить пациента с существующими мобильными приложениями, разработанными специально для пациентов с мочекаменной болезнью. Исследования как зарубежных, так и отечественных учёных показывают успешность данного метода. [28]. Единственным специализированным русскоязычным приложением для пациентов с мочекаменной болезнью является мобильное приложение StoneMD. Приложение позволяет оптимизировать диету и питьевой режим. Оно даёт возможность вести дневники потребляемой жидкости и продуктов с напоминанием о необходимости потребления жидкости, вести дневник pH мочи, содержит в себе справочный материал по содержанию камнеобразующих веществ в продуктах питания и калькулятор риска рецидивирования [29].

Важной составляющей частью коммуникации между врачом и пациентом являются Школы пациентов. Участие в Школах пациентов повышает уровень информированности пациентов, формирует осознанное отношение к своему заболеванию. Вовлечение самого пациента в процесс лечения повышает приверженность к лечению и улучшает прогноз заболевания. Распространение подобных программ в рамках страны соответствует современной концепции превентивной медицины [30, 31].

Предварительное краткосрочное вмешательство может повысить эффективность их использования. Однако здесь важно учитывать личность самого пациента, часто подобные приложения сложны в использовании для пациентов в возрасте, по причине того, что они не могут различать мелкий шрифт или не способны запомнить алгоритм использования приложения. Они могут быть успешно использованы для пациентов более молодого возраста. Важный аспект, который необходимо учитывать — обучение пациента: как вносить данные продуктов, рассчитывать рацион, установить напоминание и так далее, в зависимости от типа приложения. Даже опытные пользователи могут испытывать затруднения в использовании, что будет дополнительным стимулом отказа от них. Обучение пациента способно снизить риск отказа от использования девайса, а успешное внедрение приложения, в свою

очередь, будет выступать дополнительной стимуляцией пациента на пути к изменению устоявшихся форм поведения.

Другой позитивный аспект, связанный с использованием мобильных приложений и участия в Школах пациентов заключается в том, что здесь пациенты способны найти дополнительную информацию о заболевании, без использования сомнительных ресурсов, информация на которых зачастую может противоречить друг другу. Существует понятие «stone clinic effect» — большая приверженность врачебным рекомендациям пациентов, регулярно посещающих уролога. Посещение пациентами Школ способствует поддержанию stone clinic effect [32].

В модификации поведения основная сложность заключается в том, что пациенту необходимо изменить уже давно устоявшиеся модели поведения и адаптировать их под существующие условия болезни. Даже следование таким простым, на первый взгляд, правилам, как увеличение количества выпиваемой жидкости, требует от пациента осознанного подхода, определенных усилий и упорства, чтобы данная модель поведения закрепилась и стала привычным действием. По этой причине достаточно часто наблюдаются срывы в процессе выработки новой привычки или поведения. Необходимо показать пациенту, что срывы могут происходить, но важнее в данной ситуации продолжать придерживаться новой стратегии, либо пересмотреть её и усовершенствовать. Нередко срывы приводят к тому, что пациент перестаёт верить в свои силы. Задача специалиста в этом случае — продемонстрировать пациенту данную ситуацию как получение опыта, а не как провал.

Ряд работ показал, что существует взаимосвязь между интенсивностью болевого синдрома и уровнем приверженности терапии [18]. В случае с мочекаменной болезнью, чаще всего, речь идёт о почечной колике. Согласно исследованиям, пациенты, которые при отхождении камня испытывали болевой синдром, были готовы принимать препараты в течение длительного времени, чтобы избежать повторного эпизода почечной колики либо операции по удалению камней [33]. Однако, после купирования боли или при наступлении первых успехов лечения, уровень приверженности терапии также способен снизиться. В отличие от пациентов с впервые возникшей почечной коликой, пациенты с тяжелым рецидивным течением мочекаменной болезни действительно готовы соблюдать рекомендации в течение длительного времени. Целесообразно начинать работу с пациентом по увеличению

уровня приверженности терапии, сразу после операции или болевого приступа. Данный фактор может послужить дополнительным стимулом для пациента, чтобы начать изменения устоявшегося образа жизни [28].

Даже при работе с группой пациентов, у которых болевые переживания были достаточно давно, тот факт, что однажды они уже испытали подобный опыт, может стать достаточно мощным фактором для изменений поведения. При актуализации в памяти данных переживаний, например, на этапе сбора информации, нужно попросить пациента подробно описать первый или последний эпизод почечной колики. Необходимо задавать открытые вопросы о переживаниях пациента на тот момент, а не запугивать его повторением эпизода.

Основными факторами, способствующими камнеобразованию, являются: 1) высокая концентрация в моче кристаллообразующих веществ, таких как кальций, оксалаты, мочевая кислота, и 2) низкая концентрация веществ, препятствующих кристаллизации (цитрат). Выбор продуктов питания может как снизить риск рецидива у пациентов с мочекаменной болезнью, так и повысить его. Поэтому соблюдение пациентом диетологической стратегии – это ключевой фактор профилактики камнеобразования [34].

Объяснение принципов питания простым языком без использования медицинских терминов, а также фокусирование внимания на включении определенных продуктов питания, а не на запретах, повышает приверженность пациента к проводимой терапии. В случае, если пациент способен пользоваться мобильным приложением, то следует использовать его, упрощения процесса подсчета и подбора продуктов. Если у пациента нет возможности использовать приложения, необходимо совместно составить схему питания и обсудить детали следования ей. В идеале, выбор диетологической стратегии и сопровождение пациента должны осуществляться

врачом-диетологом. Однако, в связи с дефицитом таких специалистов, соблюдение общих рекомендаций по питанию при мочекаменной болезни также помогает снизить риск повторного камнеобразования.

Необходимо обсудить с пациентом конкретные стратегии для обеспечения питьевого режима. Например, пациент может подготовить ёмкость объёмом в два литра, которые в течение дня необходимо выпивать. Другая рекомендация может касаться наблюдения за цветом выделяемой мочи, и в случае, если она становится темной, это будет сигналом для пациента к необходимости увеличить объём потребляемой жидкости [28].

На этапе поддержания изменений поведения следует уточнить у пациента, возникали ли у него сложности в применении составленной схемы, и при их наличии провести необходимые корректировки и дополнительное информирование.

Заключение

Рассмотрев основные проблемы приверженности терапии у пациентов с мочекаменной болезнью, следует отметить, что внедрение методов краткосрочной психотерапевтической интервенции может являться перспективным методом повышения уровня приверженности терапии. Направленное применение данного метода в сочетании с относительной простотой его использования в клинике позволяет широко его внедрить в работу в лечебных учреждениях, ускорить процесс адаптации пациента к новым условиям жизнедеятельности, в перспективе снизить процент рецидивирования мочекаменной болезни.

На базе клиники урологии ПСПбГМУ им. Павлова планируется проведение проспективного исследования с участием клинического психолога и диетолога для оценки эффективности данного подхода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Геворкян А.Р. Анализ урологической заболеваемости взрослого населения г. Москвы за 2006-2015 гг. *Медицина в Кузбассе*. 2017;16(2):49-53. eLIBRARY ID: 29442473.
2. Аполихин О.И., Сивков А.В., Комарова В.А., Просянкин М.Ю., Голованов С.А., Казаченко А.В., Никушина А.А., Шадеркина В.А. Заболеваемость мочекаменной болезнью в Российской Федерации 2005-2016 годы. *Экспериментальная и клиническая урология*. 2018;(4): 4-14. eLIBRARY ID: 36802629.
3. Ramello A, Vitale C, Marangella M. Epidemiology of nephrolithiasis. *J Nephrol*. 2000;13(3):S45-50. PMID: 11132032.

REFERENCES

1. Gevorgyan A.R. Analysis of urological morbidity in the adult population Moscow for the years 2006-2015. 2017;16(2):49-53. (In Russ.). eLIBRARY ID: 29442473.
2. Apolihin O.I., Sivkov A.V., Komarova V.A., Prosyannikov M.Yu., Golovanov S.A., Kazachenko A.V., Nikushina A.A., Shaderkina V.A. Urolithiasis in the Russian Federation (2005-2016). *Experimental and clinical urology*. 2018;(4): 4-14. (In Russ.). eLIBRARY ID: 36802629.
3. Ramello A, Vitale C, Marangella M. Epidemiology of nephrolithiasis. *J Nephrol*. 2000;13(3):S45-50. PMID: 11132032.
4. *Urolithiasis*: trans. from English. Ed. Grigoriev. European Association of Urology, 2015. -- 97 p.

4. Türk C., Knoll T., Petrik A., Sarica K., Straub M., Seitz C. *Мочекаменная болезнь*: пер. с англ. Под ред. Григорьева. Европейская ассоциация урологов, 2015. – 97 с.
5. Borghi L, Meschi T, Amato F, Briganti A, Novarini A, Giannini A. Urinary volume, water and recurrences in idiopathic calcium nephrolithiasis: a 5-year randomized prospective study. *J Urol.* 1996;155(3):839-843. PMID: 8583588
6. van Drongelen J, Kiemeny LA, Debruyne FM, de la Rosette JJ. Impact of urometabolic evaluation on prevention of urolithiasis: a retrospective study. *Urology.* 1998;52(3):384-91. [https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(98\)00201-5](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(98)00201-5)
7. Khambati A, Matulewicz RS, Perry KT, Nadler RB. Factors Associated with Compliance to Increased Fluid Intake and Urine Volume Following Dietary Counseling in First-Time Kidney Stone Patients. *J Endourol.* 2017;31(6):605-610. <https://doi.org/10.1089/end.2016.0836>
8. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129-36. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
9. Deyo RA. Early diagnostic evaluation of low back pain. *J Gen Intern Med.* 1986;1(5):328-38. <https://doi.org/10.1007/BF02596214>
10. Солодухин А.В., Трубникова О.А., Серый А.В., Яницкий М.С., Барбараш О.Л. Взаимосвязь психологических характеристик внутренней картины болезни и копинг-поведения пациентов с ишемической болезнью сердца с показателями их смысложизненных ориентаций. *Казанский медицинский журнал.* 2019;100(2):214-220. <https://doi.org/10.17816/KMJ2019-214>
11. Вассерман Л.И., Чугунов Д.Н., Щелкова О.Ю. Соотношение субъективных и объективных факторов в процессе формирования внутренней картины болезни и совладающего поведения. *Консультативная психология и психотерапия.* 2019;27(2):82–94. <https://doi.org/10.17759/cpp.2019270206>
12. Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психодиагностика страха прогрессирования заболевания: результаты апробации русскоязычной версии опросника страха прогрессирования заболевания. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева.* 2014;(4):86-91. eLIBRARY ID: 23342254
13. Вагайцева МВ, Караваева ТА, Васильева АВ, Чулкова ВА, Носов АК. Психологические механизмы формирования отношения к заболеванию у больных раком предстательной железы после радикальной простатэктомии. *Урологические ведомости.* 2018;8(3):53-66. <https://doi.org/10.17816/uroved8353-66>
14. Ташлыков В.А. *Внутренняя картина болезни при неврозах и ее значение для терапии и прогноза* / Под общ. ред. Н. Г. Незнанова; авт.-сост.: А.В. Васильева, Т.А. Караваева. СПб.: ООО Издательский дом «Алеф-Пресс», 2019.
15. Васильева АВ, Караваева ТА, Мизина ЕБ, Ташлыков ВА, Чехлатый ЕИ. Разработка конструкта внутренней картины болезни для оптимизации медико-психологической реабилитации. *Экология человека.* 2019;(12):32-39. <https://doi.org/10.33396/1728-0869-2019-12-32-39>
16. Leventhal H., Brissette I., Leventhal E.A. *The common-sense model of self-regulation of health and illness. The self-regulation of health and illness behavior.* New York: Routledge. 2003.
17. Murphy N, Canales M. A critical analysis of compliance. *Nurs Inq.* 2001;8(3):173-81. PMID: 11882216.
18. Hayden B. *Enhancing Medication Adherence: The Public Dilemma.* Springer Healthcare Communications. 2012.
19. Babor TF, McRee BG, Kassebaum PA, Grimaldi PL, Ahmed K, Bray J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. *Subst Abuse.* 2007;28(3):7-30. https://doi.org/10.1300/J465v28n03_03
20. McCauley LR, Dyer AJ, Stern K, Hicks T, Nguyen MM. Factors influencing fluid intake behavior among kidney stone form-
5. Borghi L, Meschi T, Amato F, Briganti A, Novarini A, Giannini A. Urinary volume, water and recurrences in idiopathic calcium nephrolithiasis: a 5-year randomized prospective study. *J Urol.* 1996;155(3):839-843. PMID: 8583588
6. van Drongelen J, Kiemeny LA, Debruyne FM, de la Rosette JJ. Impact of urometabolic evaluation on prevention of urolithiasis: a retrospective study. *Urology.* 1998;52(3):384-91. [https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(98\)00201-5](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(98)00201-5)
7. Khambati A, Matulewicz RS, Perry KT, Nadler RB. Factors Associated with Compliance to Increased Fluid Intake and Urine Volume Following Dietary Counseling in First-Time Kidney Stone Patients. *J Endourol.* 2017;31(6):605-610. <https://doi.org/10.1089/end.2016.0836>
8. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129-36. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
9. Deyo RA. Early diagnostic evaluation of low back pain. *J Gen Intern Med.* 1986;1(5):328-38. <https://doi.org/10.1007/BF02596214>
10. Solodukhin A.V., Trubnikova O.A., Seryy A.V., Yanitskiy M.S., Barbarash O.L. Relationship of psychological characteristics of the perception of illness and the coping strategies of patients with coronary artery disease with the indicators of their purpose-in-life orientation. *Kazan medical journal.* 2019;100(2):214-220. (in Russ.) <https://doi.org/10.17816/KMJ2019-214>
11. Wasserman L.I., Chugunov D.N., Schyolkova O.Yu. Relationships of Subjective and Objective Factors in the Process of Forming the Internal Picture of the Disease and Coping Behavior. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy.* 2019;27(2):82–94. (In Russ) <https://doi.org/10.17759/cpp.2019270206>
12. Sirota N.A., Moskovchenko D.V. Psychodiagnostics of fear of disease progression: results of testing the Russian-language version of the fear of disease progression questionnaire. *Review of Psychiatry and Medical Psychology named after V.M. Bekhterev.* 2014;(4):86-91. (in Russ.) eLIBRARY ID: 23342254
13. Vagaytseva MV, Karavaeva TA, Vasileva AV, Chulkova VA, Nosov AK. Psychological mechanisms in the formation of attitude toward the disease among patients with prostate cancer after radical prostatectomy. *Urology reports (St. - Petersburg).* 2018;8(3):53-66. <https://doi.org/10.17816/uroved8353-66>
14. Tashlykov V.A. *The internal picture of the disease in neuroses and its significance for therapy and prognosis.* / Ed. N. G. Neznanova; author-comp.: A.V. Vasilieva, T.A. Karavaeva. SPb.: LLC Publishing House "Alef-Press", 2019. (in Russ.)
15. Vasileva A.V., Karavaeva T.A., Mizinova E.B., Tashlykov V.A., Chekhlaty E.I. Construct development of the internal picture of the disease for optimization of medical and psychological rehabilitation. *Ekologiya cheloveka (Human Ecology).* 2019;(12):32-39. (in Russ.) <https://doi.org/10.33396/1728-0869-2019-12-32-39>
16. Leventhal H., Brissette I., Leventhal E.A. *The common-sense model of self-regulation of health and illness. The self-regulation of health and illness behavior.* New York: Routledge. 2003.
17. Murphy N, Canales M. A critical analysis of compliance. *Nurs Inq.* 2001;8(3):173-81. PMID: 11882216.
18. Hayden B. *Enhancing Medication Adherence: The Public Dilemma.* Springer Healthcare Communications. 2012.
19. Babor TF, McRee BG, Kassebaum PA, Grimaldi PL, Ahmed K, Bray J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. *Subst Abuse.* 2007;28(3):7-30. https://doi.org/10.1300/J465v28n03_03
20. McCauley LR, Dyer AJ, Stern K, Hicks T, Nguyen MM. Factors influencing fluid intake behavior among kidney stone form-

- agement of substance abuse. *Subst Abus.* 2007;28(3):7-30. https://doi.org/10.1300/J465v28n03_03
20. McCauley LR, Dyer AJ, Stern K, Hicks T, Nguyen MM. Factors influencing fluid intake behavior among kidney stone formers. *J Urol.* 2012;187(4):1282-6. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2011.11.111>
 21. Психология здоровья: Учебник для вузов. Под ред. Г. С. Никифорова. СПб.: Питер, 2006.
 22. Харьковская О.А., Соловьев А.Г., Одланд Й.О. Биопсихосоциальный подход при изучении личности женщин с разным курительным поведением во время беременности. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева.* 2019;(3):86-92. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2019-3-86-92>
 23. Рассказова Е.И. Саморегуляция в психологии здоровья и клинической психологии. *Вопросы психологии.* 2012;1:75-82. eLIBRARY ID: 18906630
 24. Бурина Е. А. Фетальный алкогольный синдром. Женское психическое здоровье от истерии к гендерно-сенситивному подходу. Под общ. ред. Н. Г. Незнанова; авт.-сост.: А.В. Васильева, Т.А. Караваева. СПб.: ООО Издательский дом «Алеф-Пресс», 2018.
 25. Babor T.F., Higgins-Biddle J.C. *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care.* Geneva: WHO, 2001.
 26. Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA.* 1997;277(13):1039-45. PMID: 9091691.
 27. Turney BW, Reynard JM, Noble JG, Keoghane SR. Trends in urological stone disease. *BJU Int.* 2012;109(7):1082-7. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2011.10495.x>
 28. Kok DJ. The preventive treatment of recurrent stone-formation: how can we improve compliance in the treatment of patients with recurrent stone disease? *Urolithiasis.* 2016;44(1):83-90. <https://doi.org/10.1007/s00240-015-0842-9>
 29. Гаджиев Н.К., Бровкин С.С., Григорьев В.Е., Дмитриев В.В., Малхасян В.А., Шкарупа Д.Д., Писарев А.В., Мазуренко Д.А., Обидняк В.М., Попов С.В., Тагиров Н.С., Король В.Д., Петров С.Б. Метафилактика мочекаменной болезни в смартфоне, Или mHEALTH по-русски. *Педиатр.* 2016;7(3):84-91. <https://doi.org/10.17816/PED7384-91>
 30. Концевая А.В., Спивак Е.Ю., Калинина А.М. Социально-экономическая эффективность Школ здоровья для больных ИБС в первичном звене здравоохранения. *Эффективная фармакотерапия.* 2011;(12):92-97. eLIBRARY ID: 21651265
 31. Карпова И.П., Шильникова Н.Ф. Оценка эффективности деятельности профильной школы артериальной гипертензии. *Дальневосточный медицинский журнал.* 2011;(3):13-15. eLIBRARY ID: 16755439
 32. Гаджиев Н.К., Горелов Д.С., Акопян Г.Н., Гелиг В.А., Иванов А.О., Петров С.Б., Крюкова Н.Ю., Рева С.А., Пономарева Ю.А., Аль-Шукри А.С., Мищенко А.А., Когай М.А., Васильев В.Н., Чернышева Д.Ю., Обидняк В.М., Макарыш В.А., Писарев А.В., Закуцкий А.Н., Кузьмин И.В., Амдий Р.Э., Корнеев И.А., Аль-Шукри С.Х. «Школы пациентов» с мочекаменной болезнью и заболеваниями предстательной железы. *Вестник урологии.* 2020;8(1):110-120. <https://doi.org/10.21886/2308-6424-2020-8-1-110-120>
 33. Bensalah K, Tuncel A, Raman JD, Bagrodia A, Pearle M, Lotan Y. How physician and patient perceptions differ regarding medical management of stone disease. *J Urol.* 2009;182(3):998-1004. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2009.05.025>
 34. Curhan GC, Willett WC, Speizer FE, Spiegelman D, Stampfer MJ. Comparison of dietary calcium with supplemental calcium and other nutrients as factors affecting the risk for kidney stones. *J Urol.* 2012;187(4):1282-6. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2011.11.111>
 21. Nikiforova G.S. eds. *Health Psychology: Textbook for Universities.* SPb.: Peter, 2006. (in Russ.)
 22. Kharkova O.K., Soloviev A.G., Odland J.O. Biopsychosocial approach in studying the personality of women with different smoking behavior during pregnancy. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology.* 2019;(3):86-92. (In Russ.) <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2019-3-86-92>
 23. Rasskazova E. I. Self-regulation in health psychology and clinical psychology. *Psychology issues.* 2012;1:75-82. (In Russ.) eLIBRARY ID: 18906630
 24. Burina E.A. *Fetal alcohol syndrome. Women's mental health from hysteria to a gender-sensitive approach.* SPb.: LLC Publishing House "Alef-Press", 2018 (in Russ.)
 25. Babor T.F., Higgins-Biddle J.C. *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care.* Geneva: WHO, 2001.
 26. Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA.* 1997;277(13):1039-45. PMID: 9091691.
 27. Turney BW, Reynard JM, Noble JG, Keoghane SR. Trends in urological stone disease. *BJU Int.* 2012;109(7):1082-7. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2011.10495.x>
 28. Kok DJ. The preventive treatment of recurrent stone-formation: how can we improve compliance in the treatment of patients with recurrent stone disease? *Urolithiasis.* 2016;44(1):83-90. <https://doi.org/10.1007/s00240-015-0842-9>
 29. Gadzhiev N.K., Brovkin S.S., Grigoryev V.E., Dmitriev V.V., Malkhasyan V.A., Shkarupa D.D., Pisarev A.V., Mazurenko D.A., Obidnyak V.M., Popov S.V., Tagirov N.S., Korol V.D., Petrov S.B. Metaphylaxis Of Stone Disease In Smartphone Or Russian mHEALTH. *Pediatrician (St. Petersburg).* 2016;7(3):84-91. (in Russ.) <https://doi.org/10.17816/PED7384-91>
 30. Kontsevaya A.V., Spivak E.Yu., Kalinina A.M. Socio-economic efficiency of health schools for patients with coronary artery disease in primary health care. *Effective pharmacotherapy.* 2011;(12):92-97. (in Russ.) eLIBRARY ID: 21651265
 31. Karpova I.P., Shilnikova NF Evaluation of the effectiveness of the profile school of arterial hypertension. *Far Eastern medical journal.* 2011; (3): 13-15. (in Russ.) eLIBRARY ID: 16755439
 32. Gadzhiev N.K., Gorelov D.S., Akopyan G.N., Gelig V.A., Ivanov A.O., Petrov S.B., Kryukova N.U., Reva S.A., Ponomareva Yu.A., Al-Shukri A.S., Mischenko A.A., Kogai M.A., Vasiliev V.N., Chernysheva D.Yu., Obidnyak V.M., Makar'in V.A., Pisarev A.V., Zakuckij A.N., Kuzmin I.V., Amdiy R.E., Korneyev I.A., Al-Shukri S.H. «Schools for Patients» with Urolithiasis and Prostatic Diseases. *Urology Herald.* 2020;8(1):110-120. (In Russ.) <https://doi.org/10.21886/2308-6424-2020-8-1-110-120>
 33. Bensalah K, Tuncel A, Raman JD, Bagrodia A, Pearle M, Lotan Y. How physician and patient perceptions differ regarding medical management of stone disease. *J Urol.* 2009;182(3):998-1004. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2009.05.025>
 34. Curhan GC, Willett WC, Speizer FE, Spiegelman D, Stampfer MJ. Comparison of dietary calcium with supplemental calcium and other nutrients as factors affecting the risk for kidney stones in women. *Ann Intern Med.* 1997;126(7):497-504. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-126-7-199704010-00001>
 35. Pearle MS, Goldfarb DS, Assimos DG, Curhan G, Denu-Cicca CJ, Matlaga BR, Monga M, Penniston KL, Preminger GM, Turk TM, White JR; American Urological Association.

- stones in women. *Ann Intern Med.* 1997;126(7):497-504. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-126-7-199704010-00001>
35. Pearle MS, Goldfarb DS, Assimos DG, Curhan G, Denu-Cicca CJ, Matlaga BR, Monga M, Penniston KL, Preminger GM, Turk TM, White JR; American Urological Association. Medical management of kidney stones: AUA guideline. *J Urol.* 2014;192(2):316-24. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2014.05.006>
36. Fink HA, Akornor JW, Garimella PS, MacDonald R, Cutting A, Rutks IR, Monga M, Wilt TJ. Diet, fluid, or supplements for secondary prevention of nephrolithiasis: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Eur Urol.* 2009;56(1):72-80. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2009.03.031>
37. Siener R, Ebert D, Nicolay C, Hesse A. Dietary risk factors for hyperoxaluria in calcium oxalate stone formers. *Kidney Int.* 2003;63(3):1037-43. <https://doi.org/10.1046/j.1523-1755.2003.00807.x>
38. Meschi T, Maggiore U, Fiaccadori E, Schianchi T, Bosi S, Adorni G, Ridolo E, Guerra A, Allegri F, Novarini A, Borghi L. The effect of fruits and vegetables on urinary stone risk factors. *Kidney Int.* 2004;66(6):2402-10. <https://doi.org/10.1111/j.1523-1755.2004.66029.x>
39. Shavit L, Ferraro PM, Johri N, Robertson W, Walsh SB, Moochhala S, Unwin R. Effect of being overweight on urinary metabolic risk factors for kidney stone formation. *Nephrol Dial Transplant.* 2015;30(4):607-13. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfu350>
40. Вошула В.И. Мочекаменная болезнь: этиотропное и патогенетическое лечение, профилактика. ВЭБЭР, 2006.
41. Ng CS, Streem SB. Contemporary management of cystinuria. *J Endourol.* 1999;13(9):647-51. <https://doi.org/10.1089/end.1999.13.647>
42. Biyanian C.S., Cartledge J.J. Cystinuria—Diagnosis and Management Author links open overlay panel. *EAU-EBU Update Series.* 2006;4(5):175-183 <https://doi.org/10.1016/j.eeus.2006.06.001>
- Medical management of kidney stones: AUA guideline. *J Urol.* 2014;192(2):316-24. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2014.05.006>
36. Fink HA, Akornor JW, Garimella PS, MacDonald R, Cutting A, Rutks IR, Monga M, Wilt TJ. Diet, fluid, or supplements for secondary prevention of nephrolithiasis: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Eur Urol.* 2009;56(1):72-80. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2009.03.031>
37. Siener R, Ebert D, Nicolay C, Hesse A. Dietary risk factors for hyperoxaluria in calcium oxalate stone formers. *Kidney Int.* 2003;63(3):1037-43. <https://doi.org/10.1046/j.1523-1755.2003.00807.x>
38. Meschi T, Maggiore U, Fiaccadori E, Schianchi T, Bosi S, Adorni G, Ridolo E, Guerra A, Allegri F, Novarini A, Borghi L. The effect of fruits and vegetables on urinary stone risk factors. *Kidney Int.* 2004;66(6):2402-10. <https://doi.org/10.1111/j.1523-1755.2004.66029.x>
39. Shavit L, Ferraro PM, Johri N, Robertson W, Walsh SB, Moochhala S, Unwin R. Effect of being overweight on urinary metabolic risk factors for kidney stone formation. *Nephrol Dial Transplant.* 2015;30(4):607-13. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfu350>
40. Voshchula V.I. *Urolithiasis: etiologic and pathogenetic treatment, prevention.* VEVER, 2006. (in Russ.)
41. Ng CS, Streem SB. Contemporary management of cystinuria. *J Endourol.* 1999 Nov;13(9):647-51. <https://doi.org/10.1089/end.1999.13.647>
42. Biyanian C.S., Cartledge J.J. Cystinuria—Diagnosis and Management Author links open overlay panel. *EAU-EBU Update Series.* 2006;4(5):175-183 <https://doi.org/10.1016/j.eeus.2006.06.001>

Сведения об авторах

Нариман Казиханович Гаджиев — д.м.н.; руководитель отделения дистанционной литотрипсии и эндовидеохирургии НИЦ урологии ФГБОУ ВО СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России
г. Санкт-Петербург, Россия
ORCID iD 0000-0002-6255-0193
e-mail: nariman.gadjiev@gmail.com

Анна Владимировна Васильева — д.м.н.; главный научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии в ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева» Минздрава России; профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова
г. Санкт-Петербург, Россия
ORCID iD 0000-0002-5116-836X
e-mail: annavdoc@yahoo.com

Дарья Викторовна Зайцева — клинический психолог, аспирант факультета психологии СПбГУ
г. Санкт-Петербург, Россия
ORCID iD 0000-0003-2517-9767
e-mail: dashazaitseva.psy@gmail.com

Дмитрий Сергеевич Горелов — врач-уролог отделения дистанционной литотрипсии и эндовидеохирургии НИЦ

Information about the authors

Nariman K. Gadjiev — M.D., Dr.Sc.(M);
Head, ESWL and Endovideosurgery Division, Research Center of Urology, Pavlov First St. Petersburg State Medical University
ORCID iD 0000-0002-6255-0193
e-mail: nariman.gadjiev@gmail.com

Anna V. Vasilieva — M.D., Dr.Sc.(M); Chief Researcher, Neuroses and Psychotherapy Division, V.M. Bekhterev St. Petersburg Research Psychoneurological Institute; Prof. of Dept. of Psychotherapy, Medical Psychology and Sexology, I. I. Mechnikov North-Western State Medical University
ORCID iD 0000-0002-5116-836X
e-mail: annavdoc@yahoo.com

Daria V. Zaitseva — Clinical Psychologist, Postgrad. Student, Faculty of Psychology, St. Petersburg State University
ORCID iD 0000-0003-2517-9767
e-mail: dashazaitseva.psy@gmail.com

Dmitry S. Gorelov — M.D.; Urologist, ESWL and Endovideosurgery Division, Research Center of Urology, Pavlov First St. Petersburg State Medical University
ORCID iD 0000-0002-7592-8167
e-mail: dsgorelov@mail.ru

Vitaliy A. Gelig — M.D.; Urologist, ESWL and Endovideosurgery Division, Research Center of Urology, Pavlov First St. Petersburg State Medical University

урологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
Минздрава России

г. Санкт-Петербург, Россия

ORCID iD 0000-0002-7592-8167

e-mail: dsgorelov@mail.ru

Виталий Аркадьевич Гелиг – врач-уролог отделения
дистанционной литотрипсии и эндовидеохирургии НИЦ
урологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
Минздрава России

г. Санкт-Петербург, Россия

ORCID iD 0000-0003-4876-183X

e-mail: vgelig@yandex.ru

Владимир Михайлович Обидняк – врач-уролог отделе-
ния дистанционной литотрипсии и эндовидеохирургии
НИЦ урологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павло-
ва Минздрава России

г. Санкт-Петербург, Россия

ORCID iD 0000-0002-7095-9765

e-mail: v.obidniak@gmail.com

Марина Александровна Когай – к.м.н.; врач-диетолог
научно-клинического и образовательного центра гастро-
энтерологии и гепатологии ФГБОУ ВО СПбГУ

г. Санкт-Петербург, Россия

ORCID iD 0000-0002-6816-6491

e-mail: marinakoge@yandex.ru

Сергей Борисович Петров – д.м.н., профессор; руково-
дитель НИЦ урологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П.
Павлова Минздрава России

г. Санкт-Петербург, Россия

ORCID iD 0000-0003-3460-3427

e-mail: petrov-uro@yandex.ru

ORCID iD 0000-0003-4876-183X

e-mail: vgelig@yandex.ru

Vladimir M. Obidnyak – M.D.; Urologist, ESWL and
Endovideosurgery Division, Research Center of Urology,
Pavlov First St. Petersburg State Medical University

ORCID iD 0000-0002-7095-9765

e-mail: v.obidniak@gmail.com

Marina A. Kogai – M.D., Cand. Sc. (M); Nutritionist, Scientific
& Clinical and Educational Center of Gastroenterology and
Hepatology, St. Petersburg State University

ORCID iD 0000-0002-6816-6491

e-mail: marinakoge@yandex.ru

Sergey B. Petrov – M.D., Dr. Sc. (M); Full Prof.; Head, Research
Center of Urology, Pavlov First St. Petersburg State Medical
University

ORCID iD 0000-0003-3460-3427

e-mail: petrov-uro@yandex.ru