

УДК 159.9

DOI: 10.34670/AR.2020.76.44.024

## **Психосоматический статус пациентов с урологической патологией**

**Перевезенцева Елизавета Александровна**

Студент,  
Приволжский исследовательский медицинский университет  
Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
603005, Российская Федерация, Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10/1;  
e-mail: peregal@yandex.ru

**Володин Марк Альбертович**

Аспирант кафедры урологии им. Е.В. Шахова,  
Приволжский исследовательский медицинский университет  
Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
603005, Российская Федерация, Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10/1;  
e-mail: peregal@yandex.ru

**Володин Денис Игоревич**

Аспирант кафедры урологии им. Е.В. Шахова,  
Приволжский исследовательский медицинский университет  
Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
603005, Российская Федерация, Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10/1;  
e-mail: peregal@yandex.ru

**Болгов Евгений Николаевич**

Заведующий отделением,  
Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр,  
355017, Российская Федерация, Ставрополь, ул. Ленина, 304;  
e-mail: peregal@yandex.ru

**Перчаткин Владимир Александрович**

Врач-уролог,  
Городская клиническая больница № 7,  
420103, Российская Федерация, Казань, ул. Маршала Чуйкова, 54;  
e-mail: peregal@yandex.ru

### **Аннотация**

Вопрос связи психических и соматических реакций в организме находится на стыке психоаналитического, психофизиологического, психологического, психиатрического,

терапевтического и хирургического направлений. Психосоматика занимается изучением влияния психологических факторов на формирование и развитие соматических нарушений. Урологические заболевания являются одной из ведущих проблем современной медицины, что обусловлено стойкой тенденцией роста числа пациентов с заболеваниями мочеполовой системы, как во всем мире, так и в России. Выраженные нарушения в психоэмоциональной сфере при урологических заболеваниях занимают особое место среди психических расстройств при соматических заболеваниях. Причиной этому является клиническая специфика урологической патологии, которая может сопровождаться нарушениями таких психологически значимых и социально табуированных физиологических функций, как мочевыделительная и половая. Лечебный процесс урологических пациентов целесообразно строить с учетом психического состояния больных, а также локализации, тяжести и остроты патологического процесса.

#### **Для цитирования в научных исследованиях**

Перевезенцева Е.А., Володин М.А., Володин Д.И., Болгов Е.Н., Перчаткин В.А. Психосоматический статус пациентов с урологической патологией // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2020. Т. 9. № 6А. С. 186-199. DOI: 10.34670/AR.2020.76.44.024

#### **Ключевые слова**

Психосоматический статус, урологическая патология, мочевыделительная система, половая система, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, трансуретральная энуклеация простаты биполярной петлей, астенодепрессивный синдром, астенический синдром, фобический синдром, астеновегетативный синдром.

## **Введение**

Начало изучению проблемы психосоматического состояния было положено древнегреческим врачом Гиппократом, который впервые в своих трудах о темпераментах изложил положение о единстве души и тела. Он считал, что болезнь является ответом индивидуума на условия его жизни в среде.

В медицинской психологии существует целое направление, которое занимается изучением влияния психологических факторов на формирование и развитие соматических нарушений – психосоматика (греч. *psyche* – душа, *soma* – тело). Этот термин принадлежит немецкому психиатру С.Херонту. В 1818 году он высказал мысль о том, что последствиями внутреннего конфликта являются патологии внутренних органов и непосредственно психические заболевания [Колосницына, Алифанова, Лабутина, 2012].

На сегодняшний день не существует точного определения термина «психосоматический статус», но существует термин близкий по содержанию – «стрессоустойчивость». Стрессоустойчивость - системная динамическая характеристика, определяющая способность человека противостоять стрессорному воздействию или совладать со многими стрессогенными ситуациями, активно преобразовывая их или приспособляясь к ним без ущерба своего здоровья и качества выполняемой деятельности [Водопьянова, 2009]. Таким образом, под психосоматическим статусом следует понимать психическое и соматическое состояние здоровья человека [Колосницына, Алифанова, Лабутина, 2012].

Существует три школы, которые внесли основной вклад в изучении проблемы психосоматики: 1) американская (F.Alexander, H.F.Dunbar, I.Weis и G.Engel), занимающаяся созданием теоретических основ психосоматики на основе психоаналитических концепций; 2) немецкая школа (W.von Krehl, von Weizsacker, von Bergman), уделяющая наибольшее внимание разработке философских основ психосоматики; 3) российская школа, в которой основой изучения психосоматических расстройств является учение И.П. Павлова о высшей нервной деятельности [Малкина-Пых, 2005].

В начале XX века И.П. Павлов в целом ряде своих работ подчеркнул, что центральная нервная система занимает ведущее место в регуляции соматических функций. Чуть позже П.К.Анохин создал теорию функциональных систем организма, в которой была отмечена решающая роль эмоций и мотиваций в развитии соматических заболеваний. Анохин считал, что психосоматическое расстройство вызвано эмоциональным переживанием той или иной травмирующей ситуации, последствием которой являются функциональные изменения и патологические нарушения в организме [Анохин, 1975].

Вопрос связи психических и соматических реакций в организме, несмотря на всю полноту и длительность проводимых исследований, остается неотъемлемой частью активного спора между членами психоаналитического, психофизиологического, психологического, психиатрического, терапевтического и хирургического направлений [Сидоров, Соловьев, Новикова, 2006; Fernandez, Martin, Martinez, 2009].

До сих пор вопрос создания и развития психосоматических и соматопсихических связей в организме является дискуссионным, при этом указывается на разобщенность взглядов психиатров и врачей других специальностей по ряду вопросов [Бочаров, Карпова, 2004].

Проблемы, которые могут возникнуть при рассмотрении психосоматического статуса больного, пожалуй, имеют интерес не только для ограниченного круга заинтересованных специалистов, но и могут представлять интерес для представителей всех специальностей. Врач любой специальности должен уметь выявлять основные психические расстройства и знать основные принципы их лечения [Тополянский, Струковская, 1986; Шейдер, 1998]. Психика человека, как функция наиболее тонкой и организованной материи, всегда одна из первых отвечает на те или иные отклонения от нормы в соматической сфере. Поэтому изменение настроения, и поведение больного являются наиболее важным клиническим симптомом изменения общей ситуации в организме человека [Тылевич, И.М., Немцева, 1985; Haupt, 1998].

Согласно статистическим данным, средние значения распространенности психических расстройств среди соматической патологии являются достаточно высокими и составляет порядка 30-45%. Данные значительно разнятся в зависимости от объекта и инструмента исследования, но при некоторых соматических заболеваниях, обнаруживается значительная частота психических расстройств, достигающая с учетом субклинических нарушений 55-85% [Смулевич, Сыркин, Дробижев, 2005].

**Цель исследования:** на основании литературных данных провести анализ стрессогенного воздействия основного заболевания и оценить психосоматический статус пациентов с урологической патологией.

**Материалы и методы:** в основу литературного обзора был положен анализ отечественных и зарубежных источников литературы (глубина поиска с 1975 по 2020 гг.) из баз данных Elibrary, Cyberleninka, Pubmed. Общее количество проанализированных источников - 38 (отечественных источников - 34, иностранных источников - 4).

## Результаты и обсуждения

Урологические заболевания являются одной из ведущих проблем современной медицины, что обусловлено стойкой тенденцией роста числа пациентов с заболеваниями мочеполовой системы, как во всем мире, так и в России [Аполихин, Сивков, Солнцева, 2012, Глыбочко, Аляев, 2015]. Урологические заболевания оказывают существенное влияние на состояние здоровья общества. Если в 80-90 годах XX столетия доля урологических болезней составляла около 5% в структуре общей заболеваемости, то к нынешнему времени она увеличилась до 7%.

В действительности этот показатель еще выше (предположительно около 9%), т.к. более 30 % урологической патологии, в соответствии с международной классификацией болезней (10-го пересмотра), относится к другим классам заболеваний [Аполихин, Сивков, Бешлиев, Солнцева, Комарова, 2014; Глыбочко, Аляев, 2015]. Урологические заболевания являются одной из причин снижения качества жизни, повышения инвалидизации и увеличения смертности, что создает целый ряд проблем социального и экономического характера в обществе [Аляев, 2009].

В поле зрения урологов отмечается отчетливая тенденция к увеличению доли пациентов с пограничными нарушениями. К сожалению, значительная часть больных, особенно с начальными проявлениями непсихотической патологии, не попадает в поле зрения психиатров, что способствует затягиванию в дальнейшем сроков адекватной терапии и реабилитации. Многочисленные работы урологов акцентируют внимание на важности и необходимости психологической подготовки пациентов перед операцией, разъяснении им цели операции. Для этого необходимо привлечение к работе с урологическими пациентами психиатров [Гориловский, 1993]. Также подчеркивается о своеобразии реагирования пациентов на особенности протекания заболевания. Это вызывает необходимость обращать внимание на состояние психики при различных урологических заболеваниях [Бердичевский, Барашин, Кельн, Шидин, Гарагашев, 2020].

Д.Л. Мелконян [Мелконян, 1991] обращает внимания на то, что у части урологических больных в процессе подготовки к операции и послеоперационном периоде отмечаются психотические нарушения по депрессивному типу: подавленное тоскливое настроение, тревога, страх. Послеоперационный период таких больных сопровождается различными соматическими осложнениями. Это приводит к возрастанию количества потребляемых анестетиков и анальгетиков. У них возникают различные послеоперационные осложнения, что продлевает время нахождения в клинике.

Выраженные нарушения в психоэмоциональной сфере при урологических заболеваниях занимают особое место среди психических расстройств при соматических заболеваниях. Причиной тому является, в первую очередь, клиническая специфика урологической патологии, которая может сопровождаться нарушениями таких психологически значимых и социально табуированных физиологических функций, как мочевыделительная и половая. Психические нарушения могут вызываться сложным и трудноразделимым переплетением соматогенных и психогенных факторов.

Большое значение при ведении пациента имеет степень врачебного вмешательства и эффективности терапии. Немаловажную роль в поддержании нормального психологического статуса больного играет объем полученной информации об имеющемся заболевании, методах его лечения, побочных эффектах проводимой терапии и возможных осложнениях заболевания. Локализация, тяжесть и острота заболевания, возможные ограничения физиологических функций, связанных с патологическим процессом – все это влияет на эмоциональное состояние

пациента [Приленский, Приленская, Бухна, Канбекова, 2020].

Урологические заболевания в значительной степени снижают качество жизни больных. Подавляющее большинство имеет ограничения физических нагрузок. Большая часть пациентов испытывает затруднения в работе, повседневной деятельности, сексуальной жизни и взаимоотношениях с близкими людьми из-за физического или эмоционального состояния. Положительный эмоциональный фон у больных встречается гораздо реже, чем негативный. Эмоциональное состояние мешает пациентам проводить время с друзьями и семьей в большинстве случаев [Васильева, 2003].

При заболеваниях мочеполовой системы, следует подчеркнуть явное преобладание психогенных факторов, что дает основания выделить основные психопатологические синдромы: астенодепрессивный, астенический, фобический, астеновегетативный [Приленский, Приленская, Бухна, Канбекова, 2020].

Также стоит отметить, что на фоне астении могут возникать краткие эпизоды гипноагических галлюцинаций. Среди психических расстройств, стоит отметить невротическое развитие личности со стойкими сензитивно-ипохондрическими переживаниями. Могут наблюдаться кратковременные эпизоды с выключением сознания при повреждении мягких и твердых тканей, при повреждении мочеполовых органов.

Астенический синдром – психопатологическое расстройство, симптоматика которого определяется явлениями повышенной физической и/или психической утомляемости со снижением уровня активности, влекущим за собой клинически и социально значимые последствия: потребность в дополнительном отдыхе, снижение объема и эффективности деятельности. Основные симптомы астении – это слабость и утомление, не проходящие после отдыха и продолжающиеся более 6 месяцев, снижение работоспособности (более чем на 50%) в сочетании с когнитивными и психовегетативными расстройствами [Котова, Акарачкова, 2016]. В современной медицинской практике существует два основных термина для обозначения астенических расстройств: «астенический синдром», чаще всего встречающийся в отечественной литературе, и «синдром хронической усталости» (Chronic Fatigue Syndrome – CFS), широко распространенный в англоязычной литературе [Yancey, Thomas, 2012]. МКБ-Х содержит несколько рубрик, в которых астения является основным проявлением болезненного состояния: F06.6 «Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство», F48.0 «Неврастения», F48.8 «Психастения», G93.3 «Синдром утомляемости после перенесенной вирусной болезни», R53 «Недомогание и утомляемость», Z73.0 «Состояние истощения жизненных сил, переутомление». Астению можно рассматривать как активацию системы сохранения энергии посредством прекращения физической и умственной деятельности [Дюкова, 2012]. При малейшей угрозе снижения или истощения энергетических ресурсов человека, будет снижаться его общая активность. В первую очередь, снижается активность ретикулярной формации ствола мозга, отвечающей за поддержание уровня внимания, восприятия, бодрствования и сна, общей и мышечной активности, вегетативной регуляции, а затем развиваются изменения в функционировании гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы, являющейся ключевой нейрогормональной системой в реализации стресса, т.е. формируются основные клинические проявления астенического синдрома [Воробьева, 2012].

Астенодепрессивный синдром, возникающий на фоне соматогенной астении, чаще всего формируется в рамках психологической переработки ситуации в связи с болезнью. Депрессия служит внешним проявлением внутреннего психологического конфликта, она является реакцией на патологические ощущения, связанные с заболеванием. Больных беспокоят идеи

собственной малоценности, они считают себя бесполезными для общества, профессионально некомпетентными, не способными выполнять свои обязанности. Многих больных волновало снижение социальной активности, сложности в общении с другими людьми.

Пациенты, имеющие заболевания мочеполовой системы с нарушениями функции мочеиспускания или с нарушением сексуальной функции, в большинстве случаев переживают физическую и социальную неполноценность вплоть до суицидальных мыслей, т.е. появляются ипохондрические идеи.

Характерным симптомом депрессии является гипотимия – стойкое снижение настроения, сопровождающееся снижением эмоциональной и психической активности. Выраженность гипотимии может быть различной. Некоторые пациенты с урологической патологией подолгу размышляют о своей ненужности, тяжести своего состояния. Их беспокоит бессонница из-за множества тревожных мыслей. Сны могут носить беспокойный характер, могут быть ночные кошмары, связанные с предстоящими или прошедшими болезненными процедурами, неприятными воспоминаниями или непосредственно с болезненными проявлениями заболевания. У некоторых больных мысли о заболевании носят доминирующий, и даже сверхценный характер. Пациенты меняют свой образ жизни, реже бывают в гостях, учитывают наличие поблизости туалета и душа.

Фон настроения пациентов снижен преимущественно в вечернее время. Больного перестают радовать вещи, которые ранее приносили положительные эмоции, он перестает следить за своим внешним видом, становится неопрятен, большую часть времени может проводить в кровати. У пациентов часто бывает снижен аппетит, может отмечаться повышенная слезливость, больному приходится прилагать усилия, чтобы сдержать слезы. Пациенту сложно сосредоточиться на привычных для него вещах, например чтении книги, появляется рассеянность и снижается память [20].

Астеноипохондрический синдром характеризуется избыточной концентрацией внимания пациента на реальной соматической симптоматике с соответствующей эмоциональной, интеллектуальной переработкой и вытекающим из этого поведением. Речь идет о защитной психологической деятельности, направленной на удовлетворение патологических невротических потребностей в виде "ухода в болезнь" [Карвасарский, 1990]. При этом нужно учитывать возникающие нарушения адаптации, наличие аффективно заряженных переживаний, тревожности, ригидности и т.д. [Шейдер, 1998].

К примеру, больные с патологией половых органов имеют опасения, что клинические проявления урологического заболевания могут быть связаны с возможным венерическим заболеванием, боятся огласки, нарушений взаимоотношений в семье [Приленский, Приленская, Бухна, Канбекова, 2020].

Фобический синдром протекает кратковременно и связан с особенностями течения заболевания. Чаще всего сопровождается тревогой и возникает в случае внезапного прекращения отхождения мочи, появления сильной распирающей боли внизу живота [Шейдер, 1998]. К примеру, невыносимая, резкая боль при почечной колике, от которой пациент не может избавиться самостоятельно, вызывает у него панику, двигательное беспокойство и даже страх смерти. Пациент готов на все ради избавления от мучительной боли [Приленский, Приленская, Бухна, Канбекова, 2020].

Иногда, страхи обусловлены особенностями проводимого лечения, к примеру, при трансуретральной резекции предстательной железы может возникать ряд осложнений, прежде всего, кровотечение во время и после операции (возникающее у 0,9-10% пациентов), а также

синдром водной интоксикации организма – ТУР синдром (0,1-1% пациентов) [Шейдер, 1998].

Особое место в структуре урологической патологии занимают пациенты, имеющие факторы риска интра- и постоперационных осложнений. Так, например, к такой группе относятся пациенты с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) в возрасте 50 лет и старше, имеющие объем простаты более 80 см<sup>3</sup>, а также большие и гигантские объемы простаты. В спектре биполярных эндоскопических технологий для оперативного лечения аденомы простаты больших размеров одним из методов является трансуретральная энуклеация простаты биполярной петлей — ТУЭП (англ.: Trans Urethral Enucleation with Bipolar — TUEB) [Севрюков, 2015]. К преимуществам данного оперативного метода относятся значительное уменьшение объема интраоперационной кровопотери, снижение сроков послеоперационной катетеризации мочевого пузыря, сокращение периода нормализации состава мочи, продолжительности дизурических нарушений, частоты развития в позднем послеоперационном периоде инфекционно-воспалительных осложнений и, как результат, сокращения сроков послеоперационного пребывания в стационаре и периода полного выздоровления пациентов, что, в свою очередь, снижает риск развития и прогрессирования психосоматических реакций у пациентов [Севрюков, Сорокин, Карпухин, Пучкин, Семёнычев, Кочкин, 2012].

Появление эпизодов гипнагогических галлюцинаций связано с наличием интоксикации в связи с воспалением, к примеру, при остром пиелонефрите. Этот вид галлюцинаций возникают не часто, на фоне сниженного фона настроения и выраженного нарушения сна. Усугубляют положение депрессивные или ипохондрические переживания. Чаще всего эпизоды кратковременные (1-2 вечера). На фоне проводимой дезинтоксикационной и метаболической терапии, как правило, состояние больного улучшается и не требует специализированной психиатрической помощи [Приленский, Приленская, Бухна, Канбекова, 2020].

Синдром выключенного сознания может отмечаться лишь в начале заболевания в рамках болевой шоковой реакции при травме органов промежности и переломе костей таза [Приленский, 2012].

В некоторых случаях, при хроническом течении заболевания, у пациентов происходила постепенная замена невротической симптоматики выраженными личностными чертами, которые носили устойчивый, постоянный характер. Процесс формирования невротического развития занимает около 5-7 лет. В его состав входят синдромы, аналогичные структуре невроза (астенический, истерический, фобический, депрессивный). Невротическая симптоматика отходит на второй план, на первом плане начинают проявляться акцентуированные черты характера личности больного, возникает повышенная утомляемость, трудности в сосредоточении, неустойчивость настроения. Устойчивое изменение личности пациента в значительной мере меняет характер поведения и социальную адаптацию. Больные связывают изменения личности не с перенесенными невротическими эпизодами, а акцентируют свое внимание на своих хронических соматических заболеваниях. В результате чего пациенты с невротическим развитием личности не обращаются за медицинской помощью к врачу психиатру, а отправляются на лечение в соматические стационары.

Ипохондрическое невротическое развитие личности характеризуются устойчивыми тревожными переживаниями больных за состояние собственного здоровья, прежде всего соматического. Больные испытывают потребность в постоянном консультировании и обследовании. Несмотря на положительные результаты проводимых диагностических процедур, больные стремятся к их повторению и прохождению дублирующих консультаций для подтверждения своего состояния. Некоторые пациенты разрабатывают свои собственные

методы и схемы самолечения. Кроме того, у ряда пациентов отмечается стремление к разработке собственных лечебных схем и применяемых методов самолечения [Сарсембаев, Алтынбеков, 2016].

Полное представление о динамике психосоматического статуса пациента можно получить при проведении сравнительного анализа динамики психопатологических нарушений по периодам заболевания («анализ поперечного среза»).

В додиагностическом периоде преобладают астенический, фобический, астеноипохондрический и астенодепрессивный синдромы. Для заболеваний с преимущественным поражением органов системы мочеобразования наиболее характерны астенический и фобический синдромы. Это связано с воспалительным процессом в органах мочеполовой системы, что вызывает соматогенную астению, а также сильными болевыми реакциями в момент почечной колики, которые являются причиной развития фобического синдрома. У пациентов с заболеваниями половой системы в это период чаще встречаются астеноипохондрический и астенодепрессивный синдромы. На фоне астении формируются ипохондрические и депрессивные переживания, связанные со спецификой заболеваний, локализованных в значимой области, а также с болевыми ощущениями и нарушениями половой функции.

У пациентов с поражением органов мочеиспускания преобладают астенодепрессивный и астеноипохондрический синдромы [Приленский, 2012]. Это связано непосредственно с жалобами пациентов на болезненное, вялое, учащенное мочеиспускание и чувство неполного опорожнения пузыря, а также с симптомами заболевания, сопровождаемыми нарушениями мочеиспускания в виде эпизодов острой задержки мочи. Для больных с опухолями наиболее характерны фобический и астенодепрессивный синдромы. Фобический синдром связан с клиникой острой задержки мочи при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), которая широко распространена у мужчин пожилого и старческого возраста [Шейдер, 1998]. Фобический синдром является также реакцией на некоторые клинические проявления болезни, а астенодепрессивный синдром обусловлен психологической переработкой клинических проявлений заболевания.

В период постановки диагноза для всех урологических заболеваний на первый план выходят астенический, астенодепрессивный и астеноипохондрический синдромы. Это связано с процессом осознания диагноза, обдумывания пациентом последствий и осложнений заболевания, а также спецификой урологической симптоматики.

При заболеваниях почек и мочеточников в связи с фактом установления диагноза и получении дополнительной информации о заболевании, преобладает астенодепрессивный синдром. Астенический синдром, обусловленный соматическими факторами, продолжал доминировать в структуре пограничных психопатологических проявлений.

Для заболеваний половых органов наиболее характерен астенический синдром. Болезнь, после уточнения диагноза, еще больше начинает приковывать к себе внимание. Опасения неблагоприятного развития столь опасных для мужчин заболеваний половых органов, возникновения импотенции и бесплодия лежат в основе формирования астеноипохондрического синдрома. Астенодепрессивный синдром наблюдался у большинства больных с нарушениями функции мочеиспускания. Больных посещают мысли о физической социальной неполноценности, фон настроения снижается [Приленский, 2012].

При опухолях чаще наблюдаются астеноипохондрические и астенодепрессивные синдромы. Больной человек чувствует внутренний тупик своего положения, который блокирует



нормальное течение жизни, происходит утрата субъективного смысла жизни, важнейших ориентиров и ценностей [Бочаров, Карпова, 2004].

В период лечения в группе больных с заболеваниями почек и мочеточников имеет преимущество соматогенно обусловленный астенический синдром.

Для больных с поражением половых органов характерен соматогенно обусловленный астенический синдром и астеноипохондрический синдром, связанный с сохраняющейся сосредоточенностью пациента на симптомах заболеваний половых органов. У пациентов с поражением органов мочеиспускания сохраняется астенодепрессивный синдром.

У больных с опухолями мочеполювых органов характерно преобладание астенодепрессивного синдрома, тесно связанного с психологической обработкой имеющейся симптоматики серьезного заболевания.

В процессе лечения больных с урологическими заболеваниями немаловажную роль играет сам процесс организации медицинской помощи, поскольку удовлетворенность пациентов профессиональными качествами врачей и среднего медицинского персонала напрямую влияет на проявление пограничных нервно-психических расстройств [Севрюков, 2012].

Для периода ремиссии не характерно наличие пограничных психических нарушений. При постепенном затухании клинической симптоматики болезни пациенты начинают ощущать себя полностью здоровыми людьми. Если у больного восстанавливается работоспособность, нормализуются физиологические функции, то психическое состояние пациента полностью нормализуется, так как пациент считает себя выздоровевшим. Это говорит о тесной связи пограничных нервно-психических расстройств, выявляемых у урологических больных, с основным заболеванием.

У пациентов с поражением органов мочеиспускания не редко развиваются рецидивы заболевания. Внимание больных фиксировано на своем болезненном состоянии, появляются идеи физической и социальной неполноценности. Это объясняет частое возникновение ипохондрического невротического развития личности у пациентов данной группы. При заболеваниях мужских половых органов ипохондрическое невротическое развитие личности обнаруживается реже, так как нарушена только половая функция, а функции мочевыводящей системы остается неизменной. При опухолях мочеполювых органов во время ремиссии психопатологические расстройства не выявляются.

Во время обострения астенический синдром остается главенствующим для пациентов с заболеваниями почек и мочеточников. При развитии осложнений может развиваться астенодепрессивный синдром. При выраженной интоксикации именно в этой подгруппе можно отметить появление кратковременных эпизодов гипнагогических галлюцинаций, возникающих на фоне астении.

Для пациентов с нарушениями мочеиспускания характерен астенодепрессивный синдром с комплексом физической и социальной неполноценности. Также может быть сформировано ипохондрическое невротическое развитие личности вследствие нарушения половой сферы и непосредственно мочеиспускательной функции. Во время обострения доля астеноипохондрического и астенодепрессивного синдромов при заболеваниях половых органов возрастает. При опухолях мочеполювых органов чаще отмечаются астенический и астенодепрессивный синдромы [Приленский, 2012].

## Выводы

Выраженные нарушения в психоэмоциональной сфере при урологических заболеваниях занимают особое место среди психических расстройств при соматических заболеваниях, поскольку клиническая специфика урологической патологии сопровождается нарушениями таких психологически значимых и социально табуированных физиологических функций, как мочевыделительная и половая. Урологическая патология сопровождается целым рядом пограничных психических расстройств, которые редко попадают в поле зрения психиатра. При заболеваниях мочеполовой системы, следует подчеркнуть явное преобладание психогенных факторов, что дает основания выделить основные психопатологические синдромы: астенодепрессивный, астенический, фобический, астеновегетативный. Особенности течения урологических заболеваний приводит к тому, что психические нарушения могут приобретать затяжное течение. Лечебный процесс пациентов урологического профиля целесообразно строить с учетом психического состояния пациента, учитывая период и особенности течения заболевания.

## Библиография

1. Аляев Ю.Г. Болезни предстательной железы; под ред. Ю.Г. Аляева. М., 2009. 58 с.
2. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. – М.: Медицина, 1975. 447 с.
3. Аполихин О.И., Сивков А.В., Солнцева Т.В. Инвалидность вследствие заболеваний мочеполовой системы в Российской Федерации по данным официальной статистики // Экспериментальная и клиническая урология. 2012. № 1. С. 411.
4. Аполихин О.И., Сивков А.В., Бешлиев Д.А., Солнцева Т.В., Комарова В.А. Анализ уронефрологической заболеваемости в Российской Федерации за десятилетний период (2002–2012 гг.) по данным официальной статистики // Экспериментальная и клиническая урология. 2014. № 2. С. 4–12.
5. Бердичевский Б.А., Барашин Д.А., Кельн А.А., Шидин В.А., Гарагашев Г.Г. Эпидемиологический анализ проявлений дисфункций мочевых путей и их влияние на исполнительскую дисциплину в Тюменском регионе // Академический журнал Западной Сибири. 2020. Т. 16, № 2. С. 34–35
6. Беребин М.А., Штрахова А.В. Некоторые проблемы современной психосоматики и возможности их преодоления // Психосоматическая медицина: сборник тезисов I международного конгресса. СПб: Изд-во ООО Медлайн-Медиа, 2006. С. 35–36.
7. Бочаров В.В., Карпова Э.Б. Психодинамика профессионального взаимодействия при оказании помощи в кризисных и экстремальных ситуациях // Актуальные проблемы клинической психологии и психофизиологии: Ананьевские чтения 2004: матер. научно-практ. конф. СПб.: СПбГУ, 2004. 54–59 с.
8. Васильева И.А. Качество жизни больных с хронической почечной недостаточностью. Нефрология. 2003. №7(1). С. 26–40.
9. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса/ Водопьянова Н.Е.. – СПб.: Питер, 2009. – 36 с.
10. Воробьева О.В. Многогранность феномена астении. РМЖ. 2012. №5. С. 248–53.
11. Глыбочко П.В., Аляев Ю.Г. Российская урология в XXI в. // Урология. 2015. № 5. С. 49.
12. Горилловский Л.М. Очерки гериатрической урологии. М.: Авиценна, 1993. 144 с.
13. Дюкова Г.М. Астенический синдром: проблемы диагностики и терапии. Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. 2012. №1. С.40–44.
14. Карвасарский Б.Д. Неврозы, Издательство: М.: Медицина; Издание 2-е, перераб. и доп. 1990. 576 с.
15. Колосницына М.Ю. Алифанова Л.Г. Лабутина В.Е. Опросник «Психосоматический статус» (PS-статус) Ученые записки СПб филиала РТА № 4 (44). 2012. С. 221–222.
16. Котова О.В., Акарачкова Е.С. Астенический синдром в практике невролога и семейного врача. РМЖ. 2016. №13. С. 824–829.
17. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: справочник практического психолога. – М.: Эксмо, 2005. 992 с.
18. Мелконян Д.Л. Метод коррекции психического статуса больных в оперативной урологии // Эксперим. и клин. медицина. 1991. Т. 31, № 4. С. 322–326.
19. Приленский Б.Ю., Психика урологического больного. 2012г. С.166
20. Приленский Б.Ю., Приленская А.В., Бухна А.Г., Канбекова Р.И. Суицидальные риски при урологических заболеваниях. Академический журнал Западной Сибири. № 3 (86), Том 16 2020. С.34–37.

21. Сарсембаев К.Т., Алтынбеков К.С. Клинические формы невротических развитий личности в городской популяции по данным клинико-эпидемиологического исследования // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. № 3. 2016. С. 58-59.
22. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей. – М.: Изд-во МЕДпрессинформ, 2006. – 586 с.
23. Смулевич А.Б.; Сыркин А.Л.; Дробижев М.Ю. Психокardiология; Изд-во: М.: МИА, 2005. 784с.
24. Севрюков Ф.А. Комплексные медико-социальные и клинико-экономические аспекты профилактики и лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы: Автореф. дисс. докт. мед. наук. Москва, 2012.
25. Севрюков Ф.А. Методика прогнозирования результатов трансуретральной энуклеации предстательной железы больших размеров // Московский хирургический журнал. 2012. № 3 (25). С. 38 – 42.
26. Севрюков Ф.А., Кочкин А.Д., Сорокин Д.А., Семенычев Д.В., Кнутов А.В. Биполярная трансуретральная энуклеация гигантской аденомы простаты // Тихоокеанский медицинский журнал. 2015. № 4 (62). С. 72-74.
27. Севрюков Ф.А., Малинина О.Ю. Новые организационные технологии оказания медицинской помощи больным с доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Социальные аспекты здоровья населения. 2012. Т. 23. № 1. С. 1-7
28. Севрюков Ф.А., Nakagawa К. Использование биполярной трансуретральной энуклеации для лечения доброкачественной гиперплазии простаты больших размеров // Современные технологии в медицине. 2012. № 3. С. 46 – 49.
29. Севрюков Ф.А., Накагава К., Кочкин А.Д., Володин М.А., Семенычев Д.В. Случай успешной плазменной трансуретральной энуклеации аденомы простаты размером 530 см 3 // Урология. 2019. № 2. С. 59 – 63.
30. Севрюков Ф.А., Сорокин Д.А., Карпунин И.В., Пучкин А.Б., Семёнычев Д.В., Кочкин А.Д. Трансуретральная энуклеация предстательной железы (ТУЕВ) – новый метод биполярной эндоскопической хирургии ДГПЖ // Экспериментальная и клиническая урология. 2012. №2. С.34-36.
31. Семке В.Я., Судаков В.Н., Свердлов Л.С.. Ипохондрические состояния в общесоматической практике: монография / - Томск: Издательство Том.университета, 1991
32. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.
33. Тылевич, И.М., Немцева А.Я. Руководство по медицинской психологии - 2-е изд., перераб. и доп. - Л. : Медицина : Ленингр. отд-ние, 1985. - 216 с.
34. Шейдер Р. Психиатрия, - М. Практика, 1998. - 485 с.
35. Fernandez A.A., Martin P.A., Martinez I.M., etal. Chronic fatigue syndrome: aetiology, diagnosis and treatment. BMC Psychiatry. 2009;9 (Suppl 1): S1. Doi:10.1186/1471-244X-9-S1-S1.
36. Haupt M, Kurz A Psychiatric aspects of HIV infection, 1998.
37. Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия. URLhttp://mkb-10.com/ (Дата обращения 01.02.2021).
38. Yancey J.R., Thomas S.M. Chronic Fatigue Syndrome: Diagnosis and Treatment. Am. Fam. Physician. 2012; 86(8):741–46.

## Psychosomatic status of patients with urological pathology

**Elizaveta A. Perevezentseva**

Student,  
Privolzhsky Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,  
603005, 10/1 Minina i Pozharskogo square, Nizhnii Novgorod, Russian Federation;  
e-mail: peregal@yandex.ru

**Mark A. Volodin**

Post-graduate student,  
Privolzhsky Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,  
603005, 10/1 Minina i Pozharskogo square, Nizhnii Novgorod, Russian Federation;  
e-mail: peregal@yandex.ru

**Denis I. Volodin**

Post-graduate student,  
Privolzhsky Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,  
603005, 10/1 Minina i Pozharskogo square, Nizhnii Novgorod, Russian Federation;  
e-mail: peregal@yandex.ru

**Evgenii N. Bolgov**

Head of the Department,  
Stavropol Regional Clinical Consultative and Diagnostic Center,  
355017, 304, Lenin str., Stavropol, Russian Federation;  
e-mail: peregal@yandex.ru

**Vladimir A. Perchatkin**

Urologist,  
City Clinical Hospital No. 7,  
420103, 54, Marshal Chuikov str., Kazan, Russian Federation,  
e-mail: peregal@yandex.ru

**Abstract**

The issue of the relationship between mental and somatic reactions in the body is on the line of psychoanalytic, psychophysiological, psychological, psychiatric, therapeutic, and surgical directions. Psychosomatics studies the influence of psychological factors on the formation and development of somatic disorders. Urological diseases are one of the leading problems of modern medicine, which is due to the persistent tendency of an increase in the number of patients with diseases of the genitourinary system, both throughout the world and in Russia. Disorders in the psycho emotional sphere in urological diseases occupy a special place among mental disorders in somatic diseases. The reason for this is the clinical specificity of urological pathology, which may be accompanied by disorders of such psychologically significant and socially prohibition physiological functions as urinary and sexual functions. It is advisable to carry out the treatment process of urological patients taking into account the mental state of the patients, as well as the localization and severity of the pathological process.

**For citation**

Perevezentseva E.A., Volodin M.A., Volodin D.I., Bolgov E.N., Perchatkin V.A. (2020) Psikhosomaticheskii status patsientov s urologicheskoi patologiei [Psychosomatic status of patients with urological pathology]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya* [Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches], 9 (6A), pp. 186-199. DOI: 10.34670/AR.2020.76.44.024

**Keywords**

Psychosomatic status, urological pathology, urinary system, reproductive system, benign prostatic hyperplasia, transurethral enucleation of the prostate with a bipolar loop, asthenodepressive syndrome, asthenic syndrome, phobic syndrome, asthenovegetative syndrome.

## References

1. Alyaev Yu. G. Diseases of the prostate gland; edited by Yu. G. Alyaev. M., 2009. 58 p.
2. Anokhin P. K. Essays on the physiology of functional systems. - M.: Medicine, 1975. 447 p.
3. Apolikhin O. I., Sivkov A.V., Solntseva T. V. Disability due to diseases of the genitourinary system in the Russian Federation according to official statistics //Experimental and clinical urology. 2012. No. 1. P. 411.
4. Apolikhin O. I., Sivkov A.V., Beshliev D. A., Solntseva T. V., Komarova V. A. Analysis of uronephrological morbidity in the Russian Federation for a ten-year period (2002-2012) according to official statistics //Experimental and clinical urology. 2014. No. 2. pp. 4-12.
5. Berdichevsky B. A., Barashin D. A., Keln A. A., Shidin V. A., Garagashev G. G. Epidemiological analysis of manifestations of urinary tract dysfunctions and their influence on performing discipline in the Tyumen region. 2020. Vol. 16, no. 2. pp. 34-35
6. Berebin M. A., Strakhova A.V. Some problems of modern psychosomatics and the possibilities of overcoming them // Psychosomatic medicine: collection of theses of the international Congress of Medicine. SPb: publishing house of Ooodles-Media, 2006. P. 35 - 36.
7. Bocharov V. V., Karpova E. B. Psychodynamics of professional interaction in the provision of assistance in crisis and emergency situations // Actual problems of clinical psychology and psychophysiology: Anan reading 2004: mater. nauchno-prakt. Conf. SPb.: SPbGU, 2004. 54–59S.
8. Vasilyeva I. A. Quality of life in patients with chronic renal failure. Nephrology. 2003. No. 7 (1). p. 26-40.
9. Vodopyanova N. E. Psychodiagnostics of stress/ Vodopyanova N. E.-St. Petersburg: Piter, 2009. - 36 p.
10. Vorob'eva O. V. Polyhedron of asthenia phenomenon. RMZH. 2012. no. 5. pp. 248-53.
11. Glybochko P. V., Alyaev Yu. G. V v Russian urology in the XXI century. // Urology. 2015. No. 5. p. 49.
12. Gorilovsky L. M. Essays of geriatric urology. Moscow: Avicenna, 1993. 144 p.
13. Dyukova G. M. Asthenic syndrome: problems of diagnosis and therapy. Effective pharmacotherapy. Neurology and psychiatry. 2012. No. 1. pp. 40-44.
14. Karvasarsky B. D. Neurosis, Publisher: M.: Meditsina; 2nd edition, reprint. and add. 1990. 576 p.
15. Kolosnitsyna M. Yu. Alifanova L. G. V Labutina.E. Questionnaire "Psychosomatic status" (PS-status) Scientific notes of the St. Petersburg branch of the RTA No. 4 (44). 2012. pp. 221-222.
16. Kotova O. V., Akarachkova E. S. Asthenic syndrome in the practice of a neurologist and family doctor. RMZH. 2016. No. 13. pp. 824-829.
17. Malkina-Pykh I. G. Psychosomatics: handbook of a practical psychologist. - Moscow: Eksmo, 2005. 992 p.
18. Melkonyan D. L. Method of correction of the mental status of patients in operative urology // Experimental. and a wedge.the medicine. 1991. Vol. 31, no. 4. Pp. 322-326
19. Prilensky B. Yu., The psyche of a urological patient. 2012. P. 166
20. Prilensky B. Yu, Prilenskaya A. V., Bujna A. G., R. I. Khanbekova Suicidal risk for urological diseases. Academic Journal of Western Siberia. № 3 (86), Volume 16 2020. P. 34-37.
21. Sarsembayev, K. T., S. K. Altynbekov Clinical forms of neurotic development of the personality in urban populations according to clinical and epidemiological studies // Review of psychiatry and medical psychology. No. 3. 2016. P. 58-59.
22. Sidorov P. I., Solovyev A. G., Novikov I. A. Psychosomatic medicine: a Guide for physicians. – M.: publishing house of Representor, 2006. – 586 p.
23. Smulevich A. B.; Syrkin A. L.; Drobizhev M. Yu. Psychocardiology; Publishing house: Moscow: MIA, 2005. 784c.
24. Sevryukov F. A. Complex medical-social and clinical-economic aspects of prevention and treatment of benign prostatic hyperplasia: Autoref. diss. doctor of Medical Sciences. Moscow, 2012.
25. Sevryukov F. A. Method of predicting the results of transurethral enucleation of the large prostate gland // Moscow Surgical Journal. 2012. No. 3 (25). pp. 38-42.
26. Sevryukov F. A., Kochkin A.D., Sorokin D. A., Semenychev D. V., Knutov A.V. Bipolar transurethral enucleation of giant prostate adenoma // Pacific Medical Journal. 2015. No. 4 (62). pp. 72-74.
27. Sevryukov F. A., Malinina O. Yu. New organizational technologies of rendering medical care to patients with benign prostatic hyperplasia // Social aspects of population health. 2012. Vol. 23. no. 1. pp. 1-7
28. Sevryukov F. A., Nakagawa K. The use of bipolar transurethral enucleation for the treatment of benign prostatic hyperplasia of large sizes // Modern technologies in medicine. 2012. No. 3. P. 46 – 49.
29. Sevryukov F. A., Nakagawa K., Kochkin A.D., Volodin M. A., Semenychev D. V. The case of successful plasma transurethral enucleation of prostate adenoma with a size of 530 cm 3 // Urology. 2019. No. 2. S. 59 – 63.
30. Sevryukov F. A., D Sorokin.A., And Karpukhin.In., Puchkin A. B., Semenychev D. V., And Kochkin.D. Transurethral enucleation of the prostate (tueb Roland) – a new method of bipolar endoscopic surgery of BPH // Experimental and clinical urology. 2012. No. 2. P. 34-36.
31. Semke V. Ya., Sudakov V. N., Sverdlov L. S.. Hypochondriacal states in general somatic practice: monograph / - Tomsk: Tomsk University Press, 1991

- 
32. Topolyansky V. D., Strukovskaya M. V. Psychosomatic disorders. - Moscow: Meditsina, 1986. - 384 p.
  33. Tylevich, I. M., Nemtseva A. Ya. Handbook of medical psychology-2nd ed., reprint. and additional - L. : Medicine: Leningr. otd-nie, 1985. - 216 p.
  34. Scheider R. Psychiatry, - M. Praktika, 1998. - 485 p.
  35. Fernandez A. A., Martin P., Martinez I. M., etal. Chronic fatigue syndrome: etiology, diagnosis and treatment. Psychiatry BMC. 2009; 9 (Suppl 1): S1. Doi: 10.1186/1471-244X-9-S1-S1.
  36. Haupt M, Kurz A Psychiatric aspects of HIV infection, 1998.
  37. International Classification of Diseases ICD-10. The electronic version. URL[http: // mkb-10. com/](http://mkb-10.com/) (Accessed 01.02.2021).
  38. Yancey J. R., Thomas S. M. Chronic fatigue syndrome: diagnosis and treatment. Am. Fam. Doctor. 2012; 86(8):741–46.