

**«ПСЕВДОНЕВРОТИЧЕСКАЯ» ШИЗОФРЕНИЯ  
ИЛИ СОМАТОФОРМНОЕ РАССТРОЙСТВО?  
(дискуссия в рамках клинической конференции)**

**Марина Николаевна Крючкова<sup>1</sup>, Виктор Александрович Солдаткин<sup>1</sup>,  
Владимир Давыдович Менделевич<sup>2</sup>, Юрий Павлович Сиволап<sup>3</sup>, Халид Сулейманович Ибишев<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Ростовский государственный медицинский университет, 344022, г. Ростов-на-Дону,  
пер. Нахичеванский, д. 29, <sup>2</sup>Казанский государственный медицинский университет,  
420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49, e-mail: mend@tbit.ru, <sup>3</sup>Первый Московский  
государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова,  
119021, г. Москва, ул. Россолимо, д. 11/1, e-mail: yura-sivolap@yandex.ru*

Реферат. Миллионы пациентов страдают хронической тазовой болью. Зачастую хроническая боль носит психогенный характер и обусловлена психическим заболеванием. В настоящей статье представлен клинический случай, описывающий сложности дифференциальной диагностики болевого синдрома, в составе соматоформного расстройства, депрессии, шизофрении и личностных особенностей.

Ключевые слова: диагностика, соматоформное расстройство, депрессия, шизофрения, личность, хроническая боль.

PSEUDONEVROTIC SCHIZOPHRENIA  
OR SOMATOFORMIC DISORDER?  
(discussion within the clinical conference)

Marina N. Kryuchkova<sup>1</sup>, Victor A. Soldatkin<sup>1</sup>,  
Vladimir D. Mendelevich<sup>2</sup>, Yuri P. Sivolap<sup>3</sup>, Khalid S. Ibishev<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>The Rostov State Medical University, 344022, Rostov-on-Don,  
St. Nahichivanskiy, 29, <sup>2</sup>Kazan State Medical University,  
420012, Kazan, Butlerova str, 49, e-mail: mend@tbit.ru,  
<sup>3</sup>I.M. Sechenov First Moscow State Medical University,  
119021, Moscow, Rossolimo str., 11/1,  
e-mail: yura-sivolap@yandex.ru*

Millions of patients suffer from chronic pelvic pain. Often chronic pain is psychogenic and is caused by a mental illness. This article presents a clinical case that describes the complexities not only of chronic pain therapy, but also questions of differential diagnosis of somatoform disorder, depression, schizophrenia and personality traits from the point of view of the nosological approach and ICD-10.

Key words: psychiatric diagnostic, somatoform disorder, depression, schizophrenia, personality, chronic pelvic pain.

**П**ациент Андрей Алексеевич, 32 года, (20.09.1985 г.р.). **Анамнез.** Наследственность отягощена тревожно-депрессивным расстройством у матери, депрессией у тети по линии матери, алкоголизмом отца. Дед по линии матери имел вспыльчивый, деспотичный характер. Наследственность отягощена также соматически – сахарным диабетом, артериальной гипертензией у матери и у деда по линии матери. Отец «добрый», моряк, страдает алкоголизмом. Мать «мягкая, добрая, женщина», домохозяйка.

Пациент родился от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов весом 3350 г, длиной 52 см, из родильного дома выписан на 7-е сутки. Находился на грудном вскармливании около месяца. Рос и развивался

в соответствии с психофизиологическими нормативами. Сидеть начал в 6 месяцев, пошел к году, фразовая речь сформировалась к двум годам. Рос единственным ребенком в структурно и функционально полной семье, в «доброте, заботе», был привязан к матери и бабушке, которые его баловали, с ними сложились доверительные, эмоционально теплые отношения. С отцом практически не общался – тот много времени проводил в плавании, находясь дома, часто бывал в алкогольном опьянении. По характеру пациент формировался мягким, послушным, стеснительным, «не наглым», нерешительным ребенком, что мешало в установлении контактов. Инициативу в знакомстве с другими детьми не проявлял – мешали застенчивость, стеснительность, но, если дети приглашали в компанию – охотно играл с ними. Имел круг друзей (ровесников) во дворе. Любимые игры и занятия – конструирование, лепка из пластилина, рисование.

Детский сад не посещал, находился дома с матерью-домохозяйкой, с которой проводил большую часть времени, охотно помогая ей в домашних делах. В школу пошел с 7 лет, адаптировался в детском коллективе без особенностей, но держался несколько обособленно из-за застенчивости и стеснительности. Во второй класс в связи с реформированием классов в школе пошел в новый класс – в это время значительно снизилась успеваемость, наблюдались «уныние, апатия», «раздражала школа», но круг общения остался прежним, охотно общался с несколькими друзьями. В школе «было не интересно, учиться не хотел», но занятия не прогуливал, дисциплину не нарушал.

Из-за плохой успеваемости перевелся в другую школу в 3 класс. Подружился с несколькими ребятами, «несмелыми, как и я». В целом в школе учился неохотно, без интереса, на «удовлетворительно». Любимые предметы – рисование (ИЗО). Пациента периодически «дразнили одноклассники, так как был безответный, не знал, как отреагировать на нападки, не мог дать сдачи – была какая-то трусость, и она до сих пор остается». Желания участвовать в общественной жизни школы не было. В свободное от уроков время играл в компьютерные игры (стратегии, «прохождения – интересно было что-то создавать, строить, завоевывать», подвижные игры на улице со сверстниками).

Сексуальный интерес к противоположному полу с 11 лет. В этом возрасте впервые испытал оргазм без семяизвержения, когда взбирался на канат на физкультуре. Оволосение

по мужскому типу с 12-13 лет, поллюции, мастурбация с 13 лет. Бриться стал в 15-16 лет. Пубертат протекал сглажено. В 8-9 классе «стало легче учиться, стал активнее общаться с друзьями, уменьшилась застенчивость». В 10 классе из-за того, что до этого учился плохо, сложно было справляться с увеличившейся нагрузкой, «упросил» родителей бросить школу, которую перестал посещать со второй четверти. Мать «пожалела» пациента и на окончании старших классов школы не настаивала. До окончания учебного года пациент школу не посещал, «ждал поступления в училище», находился дома – характеризует этот период как «самый скучный» (эмоциональное состояние в то время описать затрудняется – «не помнит», депрессивные симптомы отрицает, психопатологические признаки отрицает и мать). Мечтал о будущем, хотел стать летчиком. С аттестатом об окончании 9 классов по протекции и настоянию отца поступил в колледж по специальности «судовой механик». В новом коллективе пациенту «сначала мешали стеснение, застенчивость», «ты не можешь сразу раскрыться в общении, что-то отстоять – какое-то стеснение, неуверенность все время мешает мне жить, это какой-то ключ к социуму, неплохо было бы это убрать». Однако «преодолел себя», влился в компанию, подружился с двумя ребятами, с одним из которых дружит до сих пор. Учился в колледже неохотно, без интереса. На первом курсе в 17 лет была первая проба алкоголя (водка) в компании ребят из группы (отношение к алкоголю в целом негативное). На протяжении жизни употреблял алкоголь эпизодически, в компании, не более чем до состояния легкого опьянения.

Через полгода по протекции устроился механиком на судно. Работал формально – «лишь бы деньги платили». Работа не устраивала: «вроде бы хорошо – сидишь, ничего не делаешь, но, с другой стороны, как в тюрьме, не выйти никуда, ни эмоций испытать, ни с девушкой познакомиться». Однако работать продолжал – «раз выучился на моряка, значит, буду моряком». Очень хотел познакомиться с девушкой, встречаться, начать сексуальные отношения, но крайне стеснялся – не знал, как подойти и познакомиться, о чем разговаривать, как себя вести. Первый сексуальный контакт – с проституткой, которую ему привели матросы на судно. С этого времени постепенно робость перед девушками прошла, постепенно научился знакомиться с девушками, с несколькими встречался непродолжительное время.

В 21 год (2006 г.) с другом на остановке ожидал общественный транспорт. К остановке подошли парень с девушкой, пациент с другом посмотрели в сторону девушки, сказали что-то «незначительное» между собой в ее адрес. Парень, который был с девушкой, пригрозил пациенту, что «они еще встретятся». Через месяц этот человек совершил на пациента нападение. Пациент получил ножовое проникающее ранение грудной клетки с повреждением легкого, был госпитализирован. Во время нахождения в хирургическом отделении настроение у пациента было подавленным, испытывал опасения повторного нападения. Со слов матери, был «грустный и подавленный, безрадостный, задумчивый» на протяжении нескольких месяцев. Субъективно пациент снижение настроения в тот период не отмечал.

В 22 года (2007 г.), находясь в Голландии, попробовал марихуану, которая «дала эйфорию, расслабление, умиротворение – отличные ощущения, если принимал на ночь – на следующий день просыпался бодрым, в отличие от алкоголя, ноль побочных, даже чуть лучше чувствовал себя утром, чем когда не курил», «был очень доволен травой, счастлив даже». Курил на протяжении месяца-полутора, пока не закончились

запасы, привезенные из Голландии, затем курил марихуану эпизодически (2-3 раза в месяц), если предлагали друзья, «сам не приобретал». Несмотря на то, что эффект нравился, чаще курить не стремился. В целом курил марихуану около года. Признаков зависимости не выявлено. Других психоактивных веществ не употреблял. В период, когда пациент употреблял коноплю, без видимых причин, внезапно, в околопупочной области внизу живота появилась боль при мочеиспускании в утреннее время, «как будто иголкой там кто-то царапает», тянущая по характеру, режущая, «как лезвием режут», по интенсивности на 2 бала из 10. Боль возникла утром, наблюдалась на протяжении двух суток, плавно уменьшаясь к концу вторых суток. Данные болевые ощущения с этого времени возникали без видимых причин с периодичностью раз в полгода, боль носила стереотипный характер, наблюдалась трое суток. По поводу данных болевых ощущений за медицинской помощью не обращался.

Проживал с родителями, работал механиком на парходах, ходил в плавания. Периодически знакомился и встречался с девушками с целью общения и сексуальных контактов, продолжительных серьезных отношений не заводил.

В 2009 г. перенес уретрит, была обнаружена «инфекция – трихомонады, гонорея». Получал антибактериальную терапию с положительной динамикой. В 2010 году однокурсник познакомил пациента с девушкой, с которой сразу возникла взаимная симпатия, стали встречаться, из-за чего пациент бросил работу – «не хотелось уезжать, это же ее оставить надо было, да и на работу особо не хотелось, любовь-морковь, привязанность – влюбился», «ушел с работы, чтобы находиться с ней все время рядом (на работе уходил в рейсы на несколько месяцев)». В то время проживал с родителями, которые ему помогали материально. Большую часть времени проводил дома, не скучал, не видел у себя в тот момент никаких явных проблем – «поставил себе цель париться в жизни после 30-летнего возраста». Отношения с девушкой первые полтора-два года пациента полностью устраивали, затем стал замечать появившееся охлаждение, безразличие к нему с ее стороны, девушка не объясняла причины своего поведения, но намекала, что «надо думать о будущем и семье». Жениться пациент на ней «не мог» – «квартиры тогда не было, жить было негде, работы не было». Считал, что «если бы наладилось с ней, видел от нее эмоциональную теплоту, то появились бы силы искать работу». Периодически находил свободные вакансии – менеджер, механик – но ни одна из работ его не устраивала, «хотя брали». «Самое главное для меня в отношениях – общение открытое, простое, а с ней ничего не мог обсудить, наладить душевную близость, взаимопонимание; она была неэмоциональная, молчаливая, зажатая – имела проблемы в сексе с оргазмом, предлагал ей сходить к сексологу, но она отказывалась». Много размышлял о сложившейся ситуации с девушкой, «как дальше жить». В это время у пациента стала несколько слабее эрекция – «хотелось секса только с этой девушкой, а она ко мне была холодна». Стал считать себя неудачником в жизни, ничтожеством – «не могу девушку свозить за свой счет на море». «Заикнулся на мыслях о работе, но ничего не предпринимал для их решения – была неуверенность и не представлял, куда пойти работать – не было опыта», чувствовал неопределенность, что «будущее плохое», стало радовать меньше вещей в жизни, «стало поменьше эмоций», «интерес сохранялся только к девушке, к остальным вещам пропал», появились уныние, слабость, вялость, сон не нарушался. Переживал, что «не мог разобраться в отношениях, как быть дальше»,

«хочется разобраться – а уйти не можешь». Полагает, что «это была не депрессия. Просто нерешенные проблемы. Это не было болезнью, а только проблемами психологическими».

К этому времени (27 лет) боли при мочеиспускании усилились до 5 баллов (из 10), участились до нескольких раз в полгода, при этом «снизилась яркость оргазма», незначительно снизилась эрекция при стимуляции; через 10 минут после оргазма стали наблюдаться неприятные тянущие дискомфортные ощущения в простате интенсивностью до 3-4 баллов (из 10), сопровождающиеся позывами на дефекацию, мочеиспускание. Боли наблюдались после коитуса, мастурбации с периодичностью один раз в месяц. Обратился к урологу, который «без всяких анализов установил хламидиоз, хр. простатит» (инфекционный фактор не исследовался). Получал антибактериальную терапию в течение месяца (эскузан, витапрост форте, флорацид), на фоне которой восстановились яркость оргазма, эрекция, а боли при мочеиспускании в околопупочной области, боли в простате после семяизвержения на период около года полностью купировались.

В возрасте 28 лет вновь получал терапию по поводу уретрита с положительной динамикой в отношении симптомов уретрита, однако боли в околопупочной области с периодичностью один раз в полгода сохранялись, носили выше описанный характер. Через некоторое время боли в околопупочной области при мочеиспускании, а также боли в простате после семяизвержения эпизодически вновь возникали, имели продолжительность до трех дней, сопровождались ухудшением общего самочувствия, недомоганием, слабостью – «как будто простыл», после трех дней данные симптомы вместе с болью купировались.

В возрасте 29 лет расстался с девушкой после незначительной размолвки, после которой девушка не отвечала на телефонные звонки, «и отношения сошли на нет». После чего несколько даже воодушевился, «стал жалеть, что потратил на нее время, надо было встречаться с другими девушками». К тому времени весил 102 кг при росте 180 см, решил «худеть, чтобы отомстить бывшей тем, что стану красавчиком, буду со всеми спать, чтобы она пожалела о расставании – чтобы успокоить себя, что я хорош, а она свалила». В мае 2014 г. стал придерживаться сбалансированного питания (считал калории – 1700–1300), спортзал не посещал. Общался и знакомился с девушками на сайте знакомств, ходил на свидания, заводил непродолжительные отношения, «так как не мог найти такую же девушку, она была, можно сказать, моим идеалом, похожей не встретил». «В форму» пришел через 7 месяцев, масса тела снизилась до 72 кг.

Летом 2014 г. почувствовал в правом яичке «бурление, как пузырьки под давлением небольшим, как будто булькнули газы, как в кишечнике», в этом месте «появился небольшой ной – неприятное ноющее ощущение, дискомфорт», интенсивностью на 2 балла из 10, ощущения сразу стали носить постоянный характер, наблюдались в том числе в ночное время. Одновременно с появлением данных ощущений у пациента нарушился сон: появились ранние утренние пробуждения, затем сон стал прерывистым, без последующего чувства отдыха (сон остается нарушенным до сих пор). Решил идти заниматься в спортзал – «устану – буду спать», но сон не восстанавливался, а в дни тренировок даже ухудшался – учащались пробуждения до 3-4 раз за ночь. Самостоятельно пробовал принимать персен, но без эффекта. В спортзал «тяжело было ходить, не было сил, чувствовал себя все время усталым, сон отдыха не давал. Появились боли

в области тазобедренных суставов, но наблюдались непродолжительно, затем возникли в простате, «как будто она раздута, напухшая и мешает», сначала во время выполнения упражнений для ног на тренажере, а затем стали постоянными. Также сохранялись боли в правом яичке. Постепенно, к концу 2014 – началу 2015 года, снизилось настроение. Сам больной субъективно считает, что заболел депрессией именно с 2015 г., когда появились унылость, раздражительность, апатия, потеря интереса, «жизненной мотивации», свое самочувствие связывал с нарушенным сном. Наросли неуверенность в своих силах, апатия, явления ангедонии, слабость, вялость, снижение энергичности и активности. Вечером, когда ложился спать и закрывал глаза, особенно в дни после разговора с лучшим другом о его работе, размышлял о том, что не работает, переживал по этому поводу. Чувствовал себя одиноким – «худой, красивый, но за это время не встретил никого, кто бы мог мне заменить бывшую девушку». В конце 2015 г. познакомился с девушкой, которой рассказал о своем самочувствии, получив понимание и поддержку (девушка ранее перенесла депрессию), которая посоветовала обратиться к психологу. Самочувствие не улучшалось, в начале 2016 г. присоединились сексуальные проблемы: перестали возникать спонтанные ночные и утренние эрекции, значительно уменьшилась выраженность эрекции, которая стала возникать только после продолжительной стимуляции, снизилось сексуальное влечение и желание.

Летом 2016 г. перенес ветряную оспу с гипертермией. На период болезни улучшился сон, несколько снизилась интенсивность боли в яичке (придатке). После выздоровления сон ухудшился вновь, возобновилась прежняя интенсивность болей, эмоциональное состояние ухудшилось – «навалилась депрессия», «даже не помнит этот год, как жил в то время, ничего интересного в тот год не было». «Все время было плохо было, настроение снижено, просто существование и периодически возникали атаки – мысли о работе, о неудачах, о том, что ты никто, о свиданиях». «Были потеря интереса, унылость, раздражительность, слабость, вялость, усталость, сон нестабильный». Наблюдалась суточная динамика с некоторым улучшением самочувствия в вечернее время. Периодически знакомился по интернету и встречался с девушками, с которыми были сексуальные контакты.

В середине 2016 г. обращался к различным специалистам: остеопату, неврологу, урологу. По поводу нарушений сна обращался к психиатру, которым был установлен диагноз депрессии, принимал назначенные грандаксин, фенибут, вальдоксан, но через три дня препараты принимать перестал из-за седации (а сон не налажился).

В 2016 г. (31 г.) родители приобрели пациенту квартиру, он стал жить самостоятельно, при этом пациента продолжали содержать родители, выдавая определенную сумму в месяц. Помня рекомендацию девушки, на протяжении трех месяцев «набирался сил и решимости, чтобы пойти к психологу – более всего было стыдно неизвестному человеку признаться в том, что давно уже не работаю», «стыдно – мужчина все-таки, и нормальный, а разгильдяй такой, было чувство вины у меня из-за работы, эти мысли отравляли меня, из-за них и бывшей девушки началась депрессия». «Была непродуктивная жизнь, замкнутость, поэтому хотел пойти к психологу и понять, почему не работаю, расставить все по местам, ты нормальный или нет, исправить это и начать искать работу через силу, преодолевать тяготы лишения». К психологу обратился, «преодолев стыд», был направлен на консультацию к психиатру.

Обратился к психиатру в июле 2017 г. с основной жалобой на нарушения сна, второй значимой жалобой являлась недостаточная эрекция, которая возникает только при стимуляции и быстро ослабевает, на снижение либидо; высказывал предположения, что ранее частая мастурбация с использованием порнографии могли привести к некоторому «истощению», из-за чего снизилась эрекция, однако не мог объяснить, почему на фоне отказа от мастурбации эрекция только ослабевает. При целенаправленном расспросе были верифицированы симптомы аффективного спектра, боли, перечисленные выше. Были назначены бринтелликс 10 мг в сутки, триттико до 150 мг в сутки. Терапию принимал в течение месяца, отмечалось улучшение сна, соглашается, что «возможно, некоторое уменьшение болевого синдрома», но из-за побочных явлений (заложенность носа, «притупление» сексуальных ощущений) терапию отменил.

Повторно обратился к психиатру в октябре 2017 г., сообщив, что чувствует себя лучше, что несколько улучшился сон, но с утра нет чувства отдыха и бодрости, к вечеру состояние несколько улучшается. Сохраняется сниженная эрекция, особенно при коитусах; при мастурбации это выражено меньше. Также сообщил о сохраняющихся выше описанных болях в области правого яичка, промежности. При целенаправленном расспросе сообщал, что в целом настроением доволен, но «не хватает желаний». Был назначен милнаципран, титрован до 150 мг в сутки, алимемазин до 5 мг в сутки. На фоне терапии улучшилось настроение, пациент стал «уравновешеннее», уменьшилась раздражительность, стабилизировался сон, но чувство отдыха после сна сохранялось недостаточное, «расхаживался утром по 1,5 часа», сохранялась суточная динамика самочувствия с улучшением в вечерние часы; появились бодрость, выносливость, энергичность, активность, стал несколько общительнее, «самокопание перестало угнетать, может теперь спокойно, без пессимизма рассуждать». Значительно уменьшилась интенсивность боли в яичке и простате, осталось только ощущение дискомфорта в яичке (придачок если нащупать, «отдает» меньше), простате и промежности – «боли нет, просто дискомфорт, ноет слегка как эхо мышечное», «хочется помассировать эту область», дискомфорт иррадирует из простаты в правую подвздошную область, редко (раньше постоянно) в правую паховую складку. В целом болевые ощущения уменьшились на 70–60% с момента лечения, по интенсивности оцениваются больным на 2 балла из 10.

На фоне титрования милнаципрана «притупились» сексуальные ощущения, появилась болезненная эякуляция, а также «стала вытекать сперма до оргазма», во время полового акта, не может сдерживать семяизвержение, семяизвержение в большинстве случаев наблюдается без оргазма, «а если бывает оргазм, то крайне слабый» по интенсивности, уменьшился объем эякулята. Основной жалобой является нарушение сексуальной функции: на фоне терапии еще больше снизилась эрекция, которая может не возникать совсем, или возникает при стимуляции. Сиалис принимать не хочет, т.к. «нет эмоционального компонента во время секса, а механически эрекция есть и так». Познакомился с девушкой, с которой однократно удалось провести коитус, когда пациент «решил, что в этот день сексом заниматься не будет, отвлекся – возникла эрекция», но наблюдалась боль при эякуляции.

В большинстве контактов эрекция трудно достижима. Самостоятельно из-за угнетения сексуальной функции снизил прием милнаципрана до 50 мг в сутки, хочет отменить его совсем, т.к. считает, что «сексуальная функция без таблеток восстановится».

*Психический статус.* Сознание ясное, все виды ориентировки сохранены. Выглядит задумчивым, погруженным в переживания. Следит за внешним видом. Одет аккуратно, небрит. Зрительный контакт поддерживает. На вопросы отвечает по существу, развернуто. Жалуется на сниженную эрекцию, боли в области «простаты», «отдающие» в правую паховую складку, болезненные ощущения «в простате» при семяизвержении, уточняя, что боли значительно уменьшились (до 2-3 баллов из 10), «ноющие ощущения – хочется помассировать, разгладить в этом месте, это уже не боль, а дискомфорт», иррадирующий из простаты в правую подвздошную область, редко (раньше постоянно) в правую паховую складку, на ранние утренние пробуждения, отсутствие чувства отдыха после сна, хотя в целом «стало приятнее спать»; при целенаправленном расспросе жалуется на апатию, безрадостность, сниженную концентрацию внимания. Сообщает, что настроение улучшилось, «появились бодрость, выносливость, стал общительнее, самокопание больше не угнетает, спокойно, без пессимизма могу рассуждать». Активно жалуется на «побочку от лекарства: семяизвержение не могу сдержать и продлить половой акт, чувствую в начале уретры, что там сперма во время коитуса, семяизвержение может быть без оргазма, стало меньше по объему эякулята, в целом приглушенные ощущения во время секса, как овощной какой-то». Сообщает, что стали наблюдаться спонтанные ночные эрекции, но эрекция в целом «на препарате» стала еще более слабой, «даже девушка моя сказала – на таблетках ухудшилось все». Сообщает также, что «вчера познакомился с девушкой, общались целый день, но расстроился, т.к. сошел за нормального, а эрекции нет, как продолжать знакомство?». На вопрос о жизненных планах жалуется, что «нет ощущения спокойствия, уверенности, разбитое состояние; ты вылез из ямы, но вылез в поле какое-то, только горизонт видно со всех сторон. Действия должны быть какие-то, чтобы был результат. А какие действия, что делать – не знаю, постоянно думаю об этом». Сообщает, что «ожидает и очень сильно боится» вопроса о том, почему не работает, потому что «неудобно, стыдно, постоянно думает об этом, но определиться не может – сам не знаю». Механиком на судно идти работать не хочет, т.к. «не нравится эта работа, а кем, куда работать – не определился». При наводящих вопросах соглашается, что «если бы родители не давали денег, жить было не на что, то устроился бы на любую работу – тогда уже было бы все-равно, кем работать, когда есть нечего». «Просыпается несколько раз за ночь из-за мыслей на счет своей финансовой независимости, на счет работы, плюс девушка появилась, нужно быть мужиком, а я в сексе ни о чем». При просьбе врача ответить на вопросы по методике «Сравнение понятий», на которые отвечал в ходе проведенного ЭПИ (сравнение понятий «дуб» и «береза», «ворона» и «воробей») начинает заметно нервничать, волноваться: «не понимаю этих вопросов, не понимаю, чем они отличаются; дуб и береза выглядят по-разному, воробей и ворона размерами отличаются», далее отвечать на данные вопросы отказывается. Субъективно настроение характеризует как близкое к эутичному. Говорит в нормальном темпе, нормальным по громкости голосом. Мимика живая, однообразная, пантомимикой речь не подкрепляет. В ответ на шутку натянута улыбается. Патологически фиксирован на своем самочувствии, постоянно возвращается в беседе к теме своей сексуальной дисфункции, «побочке от лечения». Структурных расстройств мышления в беседе не выявляет. Патологию восприятия, представления отрицает, в наблю-

дении не выявляет. Бредовых идей не высказывает. Память сохранна. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию.

*Соматический статус.* Нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые розовые, чистые. Дыхание везикулярное, выслушивается над всей поверхностью легких, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 78 в мин., АД – 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул со склонностью к запорам. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание с ощущением выраженного дискомфорта, свободное.

*Неврологический статус.* Реакция зрачков на свет сохранена, D=S. Сухожильные рефлексы живые, D=S. Координационные пробы выполняет правильно, в позе Ромберга устойчив. Менингеальных симптомов нет. Очаговой патологии ЧМН не выявлено.

*Психологическое исследование.* Психомоторный тип обследуемого снижен (время выполнения КП-9 мин., при норме до 8 мин.). Объем внимания соответствует границам низкой нормы (5 простых объектов при норме 5–7). Продуктивность концентрации внимания умеренно нарушена (23 ошибки в КП при норме до 10 ошибок). Переключаемость внимания достаточная (время по т. Шульце: 00.37, 00.39, 00.41, 00.37, 00.40 при норме до 00.50). Устойчивость процесса нарушена. Показатели избирательности внимания соответствуют границам нормы (21 слово в пробах Мюнстерберга при норме от 21 слова). Мотивационный компонент мышления ослаблен (обследуемый не стремится улучшить собственные результаты, часто высказывает желание быстрее прекратить выполнения методик, высказывает сомнение в необходимости проведения исследования, ссылаясь на то, что у него «пропал кураж», отмечает, что не может проявлять старание, когда его «не прет уже это делать», однако продолжает выполнять пробы; повышено отвлекается на посторонние раздражители, часто в ходе выполнения пробы игнорирует временной лимит, к собственным результатам в итоге индифферентен). Объем памяти в границах низкой нормы (5 простых объектов при норме в 5–7). Продуктивность кратковременной памяти ослаблена (5-5-6-7-7-8 при норме в 9-10 слов) на фоне снижения функции запоминания в связи с нарушениями концентрации внимания и искажениями ассоциативного процесса (обследуемый не может сосредоточиться на стимульных словах, зачастую в ответе соскальзывает на оторванные ассоциации с первичным словом-стимулом, называя «лишние» слова). Долговременная память соответствует низкой норме (ретенция – 7 слов при норме в 7-8). Показатели опосредованной памяти снижены (КОЗ + 70%, при норме от 85%), связанные с недостаточностью опоры мнестической деятельности на мыслительную. Мотивационный компонент процесса имеет те же особенности, что и ранее в исследовании. Мышление обследуемого резко замедлено по динамике (12 слов в пробе ИБМ). Отмечается ригидность, повышенная конкретность, снижение плавности и гибкости мыслительных процессов. Ассоциативные процессы обнаруживают легкое искажение (КА+80%) на фоне оторванности ассоциаций от первичного стимула (так, например, в методике «Пиктограммы» на слово «Справедливость» изображает две прямые линии, поясняя: «Линии же одинаковые, значит – справедливо» и т.д. Обнаруживаются нарушения целенаправленности мышления по типу разноплановости и амбивалентности (в методиках «Сравнение понятий» и «Классификация» одновре-

менно использует для категоризации конкретные («размер, внешние отличия»), абстрактные («созданные творением природы»; «объекты неодушевленного мира») и индивидуально-значимые («мне нравится-мне не нравится»); в беседе же пациент часто приводит противоречивые, вплоть до полностью оппозиционных, высказывания, на один и тот же вопрос отвечает противоположными точками зрения и т.д.). В вербальной продукции отмечается наличие шперрунгов. В операциональном компоненте мышления отмечается легкое искажение процесса обобщения на фоне актуализации латентных признаков (так, в методике «Сравнение понятий» общим у реки и птицы называет то, что «они движутся»; разницей между дубом и березой – «форму ствола», между вороной и воробьем – «стиль полета» и т.д.). Мотивационный компонент процесса на поведенческом уровне обнаруживает те же особенности, что и ранее в исследовании. Коэффициент интеллектуальной продуктивности обследуемого соответствует средней норме (IQ-94). На актуальный исследованию момент у пациента обнаруживается наличие субдепрессивного состояния (6 баллов по шкале Гамильтона). Личностно для обследуемого характерна интровертированность, пассивность, безынициативность, отсутствие выраженных стремлений или побуждений, оскудение сферы интересов и примитивность общего жизненного склада. Модус мышления и поведения отличается своеобразием. Отмечаются эмоциональная холодность («эмоциональная тупость»), сниженная способность к эмпатии и сопереживанию, формированию глубоких эмоциональных привязанностей. Отсутствие понимания нюансировок в поведении окружающих приводит к социальной несинтонности обследуемого. Для пациента характерны эгоцентризм, потребительское отношение к контактам близкого круга, склонность к манипуляторному поведению для достижения собственного комфорта посредством перенесения основных жизненных трудностей на поруки близких. Имеют место неадекватно завышенная относительно уровня достижений самооценка, потребность в признании с мнительностью и легкой враждебностью в отношении к общему социальному кругу. Обнаруживается повышенная раздражительность, низкий уровень адаптивности ко внешним стрессорам. *Заключение:* выявлены особенности протекания психических процессов обследуемого, соответствующие субдепрессивному состоянию на фоне шизофренического патопсихологического симптомокомплекса легкой степени выраженности. Нарастание когнитивного снижения с оскудением мыслительной деятельности (не соответствующему выраженности депрессии и общему интеллектуальному уровню пациента), ослабление волевого потенциала, специфические особенности мышления и мотивационного составляющего психики, изменение личностного профиля (включающее отмечаемое объективно матерью пассивности, безынициативности) обращают на себя внимание в плане учета эндогенно-процессуального расстройства.

*Беседа с пациентом*

*Крючкова М.Н.:* На основании жалоб больного, анамнеза, дополнительных методов исследования клинико-психопатологическим методом было выявлено, что заболевание началось летом 2014 года аутохтонно с депрессивного эпизода и приняло затяжной характер. На первый план в клинической картине сразу вышли сенестоалгии и нарушения сна, зимой 2014-2015 года отчетливо проявилась аффективная симптоматика в виде сниженного настроения, апатии, явлений ангедонии, сниженных энергичности, активности.

Данный депрессивный эпизод имеет признаки эндогенности в виде наследственной психопатологической отяго-

ценности, аутохтонности возникновения, суточных колебаний самочувствия, ранних пробуждений.

Снижение настроения, подавленность, опасения повторного нападения, наблюдавшиеся после ранения больного (в 2006 г., 21 год), расцениваются как депрессивная реакция на психотравмирующее событие.

Появившиеся в 2007 г. (22 года) на фоне употребления марихуаны, как провокатора, сенестопатии с быстрым присоединением ипохондрической настроенности можно расценить как признаки соматоформного расстройства – фортист симптома, «депрессивной зарницы» развившегося в 2014 году депрессивного эпизода. Если бы данные боли были обусловлены урологической патологией (воспалительного, сосудистого характера), то они не были бы столь стойкими и продолжительными на фоне антибактериальной терапии возникавших уретритов в момент их развития [4].

Учитывая вычурность, необычность жалоб больного, отсутствие их связи с урологической патологией и вегетативными симптомами, возникшие спонтанно и протекавшие в начале в виде коротких острых приступов, амбивалентность, нарастающее снижение активности и продуктивности (прежде всего в социальной сфере) больного, а также выступившие на первый план в клинической картине в рамках текущей депрессии сенестопатические нарушения, *можно предположить протекание текущего депрессивного эпизода в рамках шизотипического расстройства (Ипохондрическая сенестопатическая шизофрения (малопрогрессирующая, вялотекущая) по А.В. Снегневскому) [3].* Однако требования МКБ-10, а также принципы презумпции психического здоровья (или менее тяжелого заболевания) не позволяют выставить такой диагноз.

Также, учитывая выраженность жалоб пациента на сексуальную дисфункцию, появление их вне зависимости от аффективной симптоматики (хотя и некоторое утяжеление во время депрессии), отсутствие положительной динамики на фоне терапии депрессии и уменьшения в целом депрессивной симптоматики позволяют установить коморбидный диагноз «Сексуальные расстройства, не обусловленные органическими нарушениями или болезнями (F 52) в виде эректильной дисфункции в сочетании с диспареунией (F 52.6).

Таким образом, клинический диагноз: *депрессивный эпизод умеренной степени с соматическими симптомами. Сексуальные расстройства, не обусловленные органическими нарушениями или болезнями в виде эректильной дисфункции в сочетании с диспареунией (F 52.6).*

Сиволап Ю.П.: Уважаемые коллеги, я совершенно согласен с формулировкой Марины Николаевны. К сожалению, наши психиатрические диагнозы носят стигматизирующий характер. Можно легко диагностировать стенокардию или гипертонический криз, а диагноз шизофрении или шизотипического расстройства выносить на обложку истории болезни гораздо труднее, потому что это звучит неприятно для наших пациентов. К сожалению, мы вынуждены вести двойную игру, мы думаем одно, а пишем другое исходя из социальных последствий психиатрического диагноза для наших пациентов. В своих гениальных прозрениях был абсолютно велик Евгений Блейлер, который говорил о латентных формах dementia praecox. Весьма удачно в 70-е годы в Америке Розенталь говорил о расстройствах шизофренического спектра. Видимо, и в самом деле существует континуум от шизотимного склада личности через шизоидную психопатию или непсихотическую шизофрению, называемую сейчас шизотипическим расстройством, до клинических

форм болезни. Это очень неоднородная совокупность, не зря Блейлер говорил не о шизофрении, он говорил о группе шизофрений, имея в виду, что это сходные заболевания, но все же не одна болезнь. А что касается нашего пациента Андрея, я совершенно согласен с Мариной Николаевной, мы видели депрессию, депрессию у особой, как мы иногда говорим, личности, и неясно, то ли эта депрессия связана с шизотимным складом личности данного пациента, то ли она у него просто взяла и развилась самостоятельно, вне зависимости от его особенностей, как могла развиваться у любого другого человека? В прошлом году на предыдущей школе психиатров Владимир Давыдович приволил очень интересные данные и высказывал собственные суждения о психиатрической коморбидности; если, скажем урологи очень легко ставят три диагноза одному пациенту, если есть для этого основания, то мы часто считаем, что у нашего пациента есть одно-единственное заболевание, а все остальное служит его проявлением. Так вот человек, который имеет шизотимный склад личности, может заболеть депрессией, как, например, насморком? Может, конечно же. А возможно, его депрессия связана с эндогенно-процессуальными расстройствами, которые не всегда достигают клинически бесспорного уровня, которые все-таки нельзя назвать шизофренией и аффективное расстройство является одним из проявлений его конституции шизотимической, или депрессия взяла и появилась сама по себе? У меня нет ответа на этот вопрос, я не знаю. Можно строить различные гипотезы, можно очень много спорить. Поэтому еще раз подчеркну, что диагноз, который ставит Марина Николаевна – да, так оно и есть, это депрессия и не более того, а в уме теоретически можно иметь в виду, что парень, доведись ему испытать серьезное стрессовое воздействие, мог бы заболеть шизофреническим психозом, ведь до 40% случаев шизофрении возникает под влиянием стресса. Переживи он крепкий тяжелый стресс, и развилась бы клиническая форма болезни и будь у него чуть сильнее биологическое предрасположение, при наличии пары больных в его родословной, к примеру, бабушка по линии матери была, например, странная, а тетка по линии отца покончила с собой, тогда парень, наверное, мог заболеть. А в нашем случае, по-видимому, это предболезнь или психическая конституция особая, я бы так сказал.

Менделевич В.Д.: Уважаемые коллеги, нельзя с моей точки зрения говорить одно, а писать в истории болезни другое. Есть МКБ, носящая не статистическое, а клиническое звучание. Классификация предназначена для постановки диагноза и для разработки научно обоснованного подхода к терапии. Когда интернисты слушают как мы рассуждаем, то у них складывается двойственное, я бы сказал амбивалентное отношение к психиатрии. Я призываю нас с вами идти от представленного в разборе подхода к диагностике. Требуется сначала определить симптомы, верифицировать их, а дальше переходить к нозологии в современном понимании. Я специально во время анализа психического состояния, прозвучавшего выше, записал себе какие слова использовали коллеги, поскольку наличие каждого симптома/феномена необходимо доказать.

- Прозвучало слово «аутохтонные», но для того, чтобы доказать что у нашего пациента все симптомы возникли аутохтонно (т.е. ни с того ни с сего) и не были связаны причинно ни с какими внешними факторами. Для меня абсолютно не очевидно, что психопатологические симптомы у нашего пациента аутохтонны. С моей точки зрения, у него были основания для возникновения психопатологических расстройств, т.е. были причины для беспокойства.

• Прозвучал термин «вычурность». Но, с моей точки зрения, этот термин вообще довольно субъективен. Что такое вычурность – это что-то крайне необычное. А что в представленном случае «крайне необычно»? Слово «вычурность» обозначает абсолютно сходное с бредом представление. Я в процессе сегодняшней беседы с пациентом не обнаружил у него ни одного признака вычурности, мне показалось человек логично размышлял, очень точно описывал то, что с ним происходило, иногда он не давал четких ответов, но это не было ни амбивалентностью, ни вычурностью.

• Под «сенестопатией» – симптомом выявленным у пациента – понимается строго определённый феномен. Необходимо доказать, что у пациента именно сенестопатии, а не, к примеру, парестезии. Зададимся вопросом: выявлены ли коллегами характерные для сенестопатии признаки? Ни трудное объяснение и описание пациентом происходящего в его теле, ни особенности ощущений, ни склонность к миграции или изменению состояния – типичные признаки сенестопатий – я у обследованного не обнаружил. Ипохондрия есть, но она основана на реальных ощущениях, которые я воспринимаю как обусловленные его особым восприятием болевых ощущений [1].

Могу согласиться, что у нашего испытуемого есть депрессивный фон настроения, это не вызывает сомнений. Более важным является вопрос о первичности или вторичности депрессии. Нам важно понять и доказать, обусловлена ли депрессия у пациента тем, что он плохо себя чувствует или же наоборот, депрессия вызвала у него вот эти соматические эквиваленты депрессии [2]. Для меня из того что было сказано очевидно, что первично были неприятные, тягостные, болезненные ощущения, а затем появились симптомы депрессии. И это вполне логично объясняет сегодняшнее состояние обследуемого. Не пойму для чего мы «изобретаем» какую-то шизофрению у пациента, если ни одного симптома шизофрении у него нет. Кто-то из коллег говорил о наличии у обследованного шизотипического расстройства, но я не вижу ни одного симптома по МКБ-10, характерного для шизотипического расстройства: холодности, неадекватности эмоциональных реакций и др. Ведь пациент реагирует на реально существующие болевые ощущения, и это вполне адекватно, как у любого иного пациента с алгическим синдромом. Нет основания говорить о таком типичном признаке шизотипического расстройства как «странное, эксцентричное поведение». Не могу найти в его поведении ни одного странного поступка. То, что пациент реагирует на количество эякулята или на снижение эрекции, или на преждевременное семяизвержение – это дело объяснимое. Необычных параноидных идей, не доходящих до явно выраженного бреда – тоже нет. Болезненная навязчивость, нарушение мышления, расстройство восприятия и т.д. – всего этого также не обнаруживается. Следует вернуться к принципам диагностики – диагноз выставляется исключительно на основании клинических (а не патопсихологических) признаков. Это я о том, что написано в психологическом заключении... Депрессия есть, но она, с моей точки зрения, вторична. С большой вероятностью у нашего пациента преобладает *соматоформное недифференцированное расстройство*. В конкретном клиническом случае я не вижу особых проблем с диагностикой. И никакое значение для науки (а мы пытаемся выставить научно обоснованный диагноз) фактор стигматизации не имеет. Я шизофрению у нашего пациента не вижу вообще. Нет ни одного доказанного симптома.

*Солдаткин В.А.*: Дорогие коллеги, я хотел бы начать за здоровье, а закончить за... еще большее здоровье нашего пациента. Сначала о том, что не вызывает сомнений, близко к тому, что мы называем «доказательная медицина». У пациента была депрессия, и были боли. Простая, вроде бы очевидная, но все же важная мысль, которую мы хотели подчеркнуть клиническим случаем, вынося его на конференцию: боль и психопатология у Андрея взаимосвязаны, они дополняют и поддерживают друг друга. Урологическое обследование однозначно подтвердило недостаточность «соматической базы» для объяснения клиники. Зато психопатология и ее корреляция с болевыми ощущениями – очевидны. На первый взгляд, клиника определяется депрессией (мы можем найти все классические триады – Крепелина, Бека, да и требованиям МКБ-10 в отношении депрессивного эпизода клиническая картина соответствует). И никакому другому заболеванию... Т.е., по МКБ-10 (а значит, официально), диагноз – *депрессивный эпизод с соматическими симптомами*. Точка. Все вроде понятно, и даже мы можем подтвердить распространенное суждение, что боль и депрессия очень часто имеют коморбидный характер.

Но... что дает нам этот диагноз (кроме успокоения больного, и даже некоторой моральной индальгенции, почему его жизни все разладилось)? Прогноз? Уверенность в эффективности терапии? Понимание патогенеза расстройства в целом? Увы, едва ли. Все это (конечно, тоже не идеально) может предложить нозологический подход, и диагноз там будет другой. Можно в очередной раз поднять тему – «два пишем, один в уме?». Да хоть двадцать один (я про F21) в уме, лишь бы это было на пользу больному, для улучшения качества и эффективности терапии. Сегодня не раз звучал святой принцип – презумпции психического здоровья. Я разделяю его так же, как вы; но есть принцип – «все сомнения в пользу больного». А полезен ему будет выхолощенный, формализованный, нечеткий диагноз с нулевой вероятностью прогноза? Нет, уважаемые коллеги!

В нозологическом подходе, экономя ваше время, я хотел бы задать 5 простых вопросов и сформулировать краткие на них ответы.

1. Понятно ли нам психологически, почему развилась депрессия?

В целом да. Из-за колоссального фиаско личности пациента. Фиаско во всем – в семейной, сексуальной, профессиональной сферах. Но есть вопрос сложней – почему возник этот провал? Из-за глубокой личностной дисгармонии? Но те врачи, кто верят в существование психопатии, и не сомневаются в работах Ганнушкина, Кербикова, Леонгарда, не найдут здесь критериев психопатии! А для тех, кто в психопатию «не верят», и предмета для разговора нет. Наш пациент, будучи сензитивно-тревожной личностью до пубертата, позже стал проявлять черты неустойчивости. Казалось бы, гедонизм – его «конек». Но даже в созданных родителями «оранжевыми» условиях, в сферах, связанных с гедонизмом – он несчастлив и неуспешен. Пациент на протяжении минимум 5 последних лет напоминает лодку со сложенными веслами, практически без попыток сопротивления жизненным обстоятельствам. Это феномен дрейфа [4], уважаемые коллеги, и глубина этого явления намного больше, чем выраженность депрессии Андрея.

2. Был ли Андрей предрасположен к депрессии?

Уверенно да. Его эмоциональная сфера изначально была уязвима. Об этом говорит выраженная тревожность на протяжении препубертатного периода, особое отношение к алко-

голю (он абстинент, а такие люди всегда характеризуются особенностями нейрохимии, и зачастую – генетическими особенностями), перенесенные периоды гипотимии (на мой взгляд, они не достигали степени депрессивного эпизода, а ограничивались депрессивными реакциями).

3. Текущее депрессивное состояние возникло и развивается в рамках какого типа реагирования?

Полагаю, что возникнув психогенно в 27 лет (признаки, описанные Ясперсом, выглядят рельефно), уже к 29 годам (весной 2014 года) состояние трансформировалось. Его фраза «худой, красивый, уже без прежних проблемных отношений с девушкой, а толку нет» – очень информативна. Произошла генерализация депрессивных переживаний, присоединились сенестопатии (как еще назвать эти бурлящие пузырьки в яичке, неясное томление, которое уменьшается в процессе разговора с врачом?), сформировался четкий классический суточный ритм, стала заметной ангедония – депрессия приобрела эндогенный характер. Кстати, пациент хорошо показывает этот «водораздел» – в собственном понимании, он заболел депрессией именно в 2014-2015 годах.

4. Эта эндогенная депрессия ограничена вторым кругом по А.В. Снежневскому? Это фазное заболевание?

Нет. В клинике есть и сенестопатии, и ипохондрическая фиксация. Никой фазности, дискретности депрессии, цикличности мы в нозограмме не найдем. И самое главное – заболевание развивается прогредиентно, с нарастанием выраженности продуктивной симптоматики, и с поражением воли больного. В этом причина многолетней устойчивой пассивности, необъяснимой безмотивности больного.

5. Возвращаясь к классической дискуссии, может, не продуктивная симптоматика, а психологическая характеристика могут нам пролить свет на происходящее с больным?

Дефицит салиенса (возможности отделять главное от второстепенного) – одна из ярких психологических характеристик нашего пациента. Это звучит прямо в его словах («...отстаньте от меня с этими вопросами, я никогда такого понять не мог»), это подробно описано в результатах психологического исследования. Мотивационный компонент нарушен, и не только в результатах исследования, но во всем психическом облике пациента; его саморегуляция поражена. Ригидность и конкретность мышления Андрея сочетается с явными нарушениями целенаправленности (разноплановость и амбивалентность). Обилие латентных признаков, на которых строится его ассоциативный процесс, «перегружает» нервную систему и приводит к стрессорному характеру работы. И это, вероятно, проблема не только с серотонином, но и катехоламиновой системой, и системой глутамата [3].

Ответы на поставленные 5 вопросов приводят меня к мысли о нозологическом диагнозе – *малопрогредиентная (псевдоневротическая) шизофрения*. Возвращаясь к нашей дискуссии о стигме, о пугающем слове «шизофрения», я хочу сказать, что дело не в слове. Давайте назовем это «расстройством салиенса», или «синдромом дисрегуляции интегративных процессов». Не это важно. А то, что психотерапия этого больного должна строиться по особым правилам, с поправкой на характеристики мышления и воли. В психофармакотерапии надо использовать оба базовых класса препаратов – антидепрессанты и атипички. Необходима общебиологическая терапия, например, лечебное голодание. Думаю, это увеличит эффективность помощи.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Менделевич В.Д. Терминологические основы феноменологической диагностики в психиатрии. М.: Городец, 2016. 128 с.
2. Менделевич В.Д., Соловьева Л.Л. Неврология и психосоматическая медицина. М.: Городец, 2016. 596 с.
3. Психиатрия. Ростовская научно-педагогическая школа: в 2 т. Том I: учебник [Под ред. В.А. Солдаткина]. Ростов-на-Дону: Профпресс, 2017. 558 с.
4. Синдром хронической тазовой боли: психопатологические аспекты [Электронный ресурс] // Вестник урологии. 2017. №5(1). С. 52-63. URL: <http://www.urovest.ru/jour/issue/view/16/showToc> (дата обращения: 20.05.2018).

#### REFERENCES

1. Mendelevich V.D. *Terminologicheskie osnovy fenomenologicheskoi diagnostiki v psikiatrii*. Moscow: Gorodets, 2016. 128 p. (in Russian)
2. Mendelevich V.D., Solov'eva L.L. *Nevrologiya i psikhosomaticheskaya meditsina*. Moscow: Gorodets, 2016. 596 p. (in Russian)
3. *Psikiatriya. Rostovskaya nauchno-pedagogicheskaya shkola: v 2 t. Tom I: uchebnik* [Pod red. V.A. Soldatkina]. Rostov-na-Donu: Profpress, 2017. 558 p. (in Russian)
4. *Vestnik urologii*. 2017. №5(1). pp. 52–63. URL: <http://www.urovest.ru/jour/issue/view/16/showToc> (data obrashcheniya: 20.05.2018). (in Russian)

Поступила 20.05.18.