

DOI: <https://doi.org/10.17816/uroved62682>

Пациентка с уретральным болевым синдромом: психологический портрет

© М.Е. Халак, М. Молви, В.Ф. Лазукин, Е.Д. Божкова, О.С. Стрельцова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Нижний Новгород

В статье рассмотрены психологические особенности пациентки с синдромом хронической тазовой боли, в частности с его компонентой — уретральным болевым синдромом. Выделены основные специфические черты личности, присущие такой пациентке, определены факторы риска развития уретрального болевого синдрома, в том числе и психологические. Даны рекомендации врачам по ведению таких больных, в частности, использование психологических шкал и опросников, направленных на определение маркеров специфических черт.

Ключевые слова: синдром хронической тазовой боли; уретральный болевой синдром; депрессивные состояния; психологические особенности личности; тревога.

Как цитировать:

Халак М.Е., Молви М., Лазукин В.Ф., Божкова Е.Д., Стрельцова О.С. Пациентка с уретральным болевым синдромом: психологический портрет // Урологические ведомости. 2021. Т. 11. № 1. С. 15–26. DOI: <https://doi.org/10.17816/uroved62682>

DOI: <https://doi.org/10.17816/uroved62682>

Patient with urethral pain syndrome: psychological portrait

© Maria E. Khalak, Muhammad Molvi, Valeriy F. Lazukin, Elena D. Bozhkova, Olga S. Streltsova

Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russia

The article discusses the psychological characteristics of the patient with chronic pelvic pain syndrome, in particular with its component – urethral pain syndrome. The main specific personality traits inherent in such a patient are highlighted; the factors of development of chronic pelvic pain syndrome are determined, including psychological. Doctors were given recommendations for the management of such patients, in particular, the use of psychological scales and questionnaires directed at identifying markers and specific features.

Keywords: chronic pelvic pain syndrome; urethral pain syndrome; depressive states; psychological characteristics of the individual; anxiety.

To cite this article:

Khalak ME, Molvi M, Lazukin VF, Bozhkova ED, Streltsova OS. Patient with urethral pain syndrome: psychological portrait. *Urology reports (St. Petersburg)*. 2021;11(1):15-26. DOI: <https://doi.org/10.17816/uroved62682>

Received: 03.02.2021

Accepted: 05.03.2021

Published: 23.03.2021

ВВЕДЕНИЕ

Считается, что самая частая причина обращения женщин в медицинские учреждения — дизурия, при этом в 40 % случаев имеет место уретрит и/или уретральный синдром [1]. Одна треть женщин, по данным Национального института здоровья США, страдающих синдромом хронической тазовой боли (СХТБ), также имеет клинику уретрального болевого синдрома (УБС) [2, 3].

Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) у женщин относится к категории недостаточно изученных состояний, при которых, как правило, не определяются органические нарушения. Хроническая тазовая боль носит длительный и изнуряющий характер, может сопровождаться негативными когнитивными, эмоциональными, поведенческими и сексуальными нарушениями, что влияет и на снижение качества жизни. И боль здесь чаще играет второстепенную роль, выдвигая на первое место психологические факторы. Поэтому в исследованиях последних лет акцент стал смещаться на необходимость мультидисциплинарного подхода к лечению при тазовой боли с обязательным включением в терапию психотерапевтического сопровождения, с возможностью оказания более эффективной помощи пациенткам, страдающим СХТБ.

СХТБ очень близок с понятием «неспецифическая боль в спине», введенным в медицинскую практику для обозначения ситуации у пациентов с острой или хронической болью в спине при отсутствии видимых определяющих причин ее возникновения. В отечественной медицинской практике таких пациентов после исключения соматической патологии адресуют неврологу или мануальному терапевту, которые, как показывает практика, не всегда ясно представляют принципы диагностики и терапии (особенно фармакотерапии) этого состояния [4]. Все это сводится к тому, что основная проблема эффективного лечения пациента с СХТБ у нас выражается в отсутствии установления четких причин возникновения хронической тазовой боли, а потому не разработаны принципы успешной курации [5].

Уретральный болевой синдром (УБС) является составляющей СХТБ, и Европейская ассоциация урологов определяет его, как возникновение хронической или периодической эпизодической боли, длительностью более 6 мес., ощущаемой в уретре, при отсутствии доказанной инфекции или другой очевидной локальной патологии, часто связанной с негативными когнитивными, поведенческими, сексуальными или эмоциональными последствиями [6], а также с симптомами, указывающими на нижние мочевыводящие пути, сексуальную, кишечную или гинекологическую дисфункцию [7].

Данный синдром не специфичен для женщин, наблюдается как у женщин, так и мужчин. У женщин чаще наблюдают мочепузырный и уретральный болевой

синдром, а у мужчин — пенильный, простатический, мошоночный [8].

По механизму возникновения ХТБ, согласно классификации Международной ассоциации по изучению боли (International Association for the Study of Pain — IASP, 2019), к возможным причинам относят и сосудистые поражения, и персистирующий воспалительный процесс, и нарушение иннервации органов за счет механической компрессии в тазовой области, однако часто причина остается неясна [9].

Проблема боли в области уретры при неизменных анализах мочи и отсутствии каких-либо других клинических проявлений, отсутствии соматически объяснимых причин, представляется сложной и до конца неразрешенной, поскольку точные патогенетические механизмы остаются не до конца понятными. Четкие рекомендации к профилактике и лечению УБС также отсутствуют, в результате единственной на сегодня эффективной формой медицинской помощи считается симптоматическая терапия — постоянный прием сильных обезболивающих препаратов, антидепрессантов и антиконвульсантов [10].

Болевые ощущения снижают качество жизни пациента и негативно воздействуют на его личность, заставляя его думать о наличии какого-либо повреждения и заболевания. Когнитивные процессы и эмоциональные переживания пациента также определенным образом влияют на развитие или рецидивирование болевого синдрома. Исследователи придерживаются и той точки зрения, что психологические и социальные факторы служат факторами риска развития хронической боли из острой боли, влияя на степень привыкания человека к боли, а также на его приверженность назначенному лечению [11].

За рубежом существуют исследования, в которых акцент делается на влияние психических особенностей больных, на восприятие ими своей болезни и отношения к ней, выраженности и персистировании боли, тяжести своего состояния при СХТБ. Психические особенности есть у каждого пациента и представляют собой норму. В клинической классификации UPOINT, в основе которой лежит фенотипирование, среди прочих выделен психосоциальный домен, требующий выяснения у пациента истории негативных событий, важных потерь, а также приспособление к стрессовым нагрузкам, наличие депрессии [12].

Еще в начале 2000-х годов американские исследователи заключили, что около 15–30 % всех консультаций в службах первичного звена медицинской помощи проводятся по поводу симптомов, не объяснимых с медицинской точки зрения [13]. И количество таких случаев коррелирует по линейному закону с количеством перенесенных депрессивных и тревожных расстройств, однако многочисленные соматические симптомы или беспокойство по поводу заболевания нельзя было объяснить исключительно сопутствующей тревогой или депрессией.

Поэтому к факторам риска развития необъяснимых соматических симптомов исследователи отнесли:

- пол (риск у женщин в 2,5 раза выше, чем у мужчин);
- сексуальное насилие;
- жестокое обращение в анамнезе.

Была выявлена обратная корреляция между возрастом и давностью проявления симптомов СХТБ. Тревожное расстройство в анамнезе ассоциировали с удвоенным риском развития необъяснимых соматических симптомов во время катamnестического обследования, а депрессия во время обследования ассоциировалась с текущими необъяснимыми с медицинской точки зрения соматическими симптомами [14].

Начальным звеном в возникновении хронической боли выступают локальные дистрофические, метаболические, гемодинамические и функциональные изменения, происходящие в периферических нервных окончаниях и узлах симпатической нервной системы [15]. Данные нарушения сопровождаются усилением частоты и интенсивности патологических афферентных импульсов. Местные расстройства дополняются повышением возбудимости структур спинного мозга и патологическими изменениями центральной нервной системы, при которых даже обычные импульсы от тазовых органов начинают восприниматься как болевые. В таком случае сигнальная функция боли утрачивается, а данное состояние начинает влиять на качество жизни пациентов, негативно воздействуя на все стороны их жизни. Один из важнейших механизмов формирования хронической боли — феномен центральной сенситизации, который был впервые описан С. Woolf в 1983 г. [16]. Персистирующая постоянная боль приводит к появлению психической патологии тревожно-депрессивного спектра, изменениям личности пациенток, оказывает негативное воздействие на семейную жизнь, отражается на социальном функционировании.

С. Savidge и P. Slade в 1997 г. [17] при проведении метаанализа клинических исследований с участием женщин с СХТБ установили, что психологическое восприятие боли женщинами, у которых этиология болей не была определена, отличается от восприятия боли теми женщинами, причина болей у которых была выявлена. Было установлено, что стресс, возникающий у таких пациенток, зависит от характера, выраженности, а также индивидуального восприятия болевого синдрома. Оказалось, что степень выраженности тревожности, уровень депрессии и сексуальные проблемы были примерно одинаковыми в обеих группах больных, а потому данные состояния необходимо учитывать при выстраивании программы лечения.

С 2010 г. при исследованиях СХТБ фокус внимания все чаще стал смещаться в сторону целенаправленной диагностики сопутствующих ему психических заболеваний, таких как депрессия, тревожные и соматизированные расстройства, а также на факт симптоматического

злоупотребления психоактивными веществами. Предлагалось выявление и принятие во внимание предшествующего заболеванию пережитого больным травматического опыта (это может быть физическое или сексуальное насилие, в том числе и в детском возрасте), как возможной первопричиной возникновения психопатологии и играющей решающую роль в механизме развития СХТБ, и уретрального болевого синдрома в частности. Такой подход позволяет, по мнению исследователей, лучше понять заболевание и оптимизировать существующие подходы к его терапии [16].

Большинство исследований того же времени свидетельствуют о наличии выраженной прямой корреляции депрессии и тревожных расстройств у пациентов с СХТБ. Активно предполагается большой удельный вес соматоформных расстройств в группе пациентов с данным заболеванием, что подчеркивает важную роль сопутствующих СХТБ психологических особенностей. По данным некоторых авторов, у 37 % больных были классифицированы те или иные психологические и психические особенности, а также выявлена более высокая частота коморбидных психических и психологических нарушений на протяжении жизни [18].

Несмотря на такое большое наличие работ по заявленной проблематике за рубежом, СХТБ как у мужчин, так и у женщин в основном занимаются урологи, поэтому рекомендации по диагностике и лечению хронической тазовой боли разработаны Европейской ассоциацией урологов [9]. Данные рекомендации включают описание современного понимания патофизиологии и психосоциальных аспектов, а также классификацию, диагностику и симптоматическое лечение. При этом предполагается, что при отсутствии явной этиологии СХТБ может трактоваться как комплекс нейромышечных и психосоциальных расстройств, похожий на хронический синдром регионарной боли (типа рефлекторной симпатической дистрофии) или функциональный синдром соматической боли (например, синдром раздраженной кишки, синдром хронической усталости) [4]. По анамнезу гормональные нарушения, воспалительные заболевания и оперативные вмешательства на органах малого таза, последствием которых могла стать дисфункция мышц уретры и влагалища, встречались у 70,9 % опрошенных нами пациенток с УБС, что показано в работе [17]. В то же время известно, что именно функциональные нарушения могут быть генератором боли [18].

Опираясь на данные зарубежных и отечественных исследований последних лет, можно составить примерный психологический портрет пациента/пациентки с СХТБ: наличие хронической стрессовой реакции в результате длительного болевого синдрома (≥ 6 мес.), выраженная тревожность, возможные депрессивные состояния, как следствие — снижение либидо, диспареуния. Все это приводит к дезадаптации больных и снижению эффективности назначенного лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Целями нашего исследования было:

1. Определение усредненного психологического портрета женщин с УБС — компонента СХТБ.
2. Выявление факторов риска, способствующих развитию УБС у женщин.

Задачи исследования:

1. Выявить общие психологические особенности личности пациенток с УБС/СХТБ.
2. Определить общий социальный статус испытуемых.
3. Установить степень выраженности боли при УБС/СХТБ.
4. Определить субъективный уровень качества жизни пациенток с УБС/СХТБ.

Исследование носило когортный, проспективный и одноцентровой характер. Всего в группу исследования вошли 119 женщин в возрасте от 18 до 65 лет. Это 78 пациенток с установленным УБС (группа «УБС»), без клинических проявлений воспалительного процесса в нижних мочевыводящих путях. Вторая группа пациенток ($n = 41$) с аналогичными жалобами, но с клиническими проявлениями воспалительного процесса в нижних мочевыводящих путях — как сравнительная группа (группа воспаления). Критериями включения в исследование были наличие клинической симптоматики хронического УБС, наличие рецидивирующих эпизодических болей с локализацией в уретре продолжительностью более 6 мес., отсутствие данных о воспалительном процессе, возраст 18 лет и старше. Соответственно, критериями исключения выступили: возраст до 18 лет, беременность, кормление грудью, а также факторы, объективно влияющие на возникновение болевого синдрома — наличие воспалительных процессов в нижних отделах мочевыводящих путей, наличие опухолей органов малого таза, лучевое поражение органов малого таза.

При проведении исследования нами использованы следующие методики:

- Стандартизированный многофакторный метод исследования личности, адаптированный Л.Н. Собчик (СМИЛ) [19];
- Неспецифический опросник оценки качества жизни SF-36;
- Визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ);
- Авторский опросник, направленный на определение социально-психологического статуса пациенток.

СМИЛ предъявляли испытуемым на начальном этапе постановки диагноза, опросник SF-36 и ВАШ — во время входного и выходного контроля (с целью оценки эффективности лечения, а также определения существенных различий между двумя группами пациентов).

Для анализа психологического портрета пациентки с УБС/СХТБ, представленного в данной работе, была выполнена статистическая обработка материала,

полученного у 16 пациенток группы СХТБ, имеющих полный пакет представленных опросников, и у 41 пациентки группы воспаления (с острой болью на фоне острого воспалительного процесса в уретре) (контрольная группа).

Статистическую обработку проводили с использованием пакета анализа SPSS Statistics v. 21. Сравнительный частотный анализ характеристик выборок из групп пациенток проводили на основе двухвыборочного F -критерия Фишера («фи») с угловым преобразованием. Корреляционный анализ проводили с помощью r -коэффициента Спирмена (r -Spearman's).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По данным, полученным при анализе авторского опросника у пациенток в группе с УБС, получились следующие результаты: 64 % респондентов эмоционально лабильны, 30 % отмечают то, что они находятся в постоянном стрессе, 36 % находятся в состоянии повышенной тревожности, 14 % плохо спят. 21 % делают акцент на депрессивном состоянии, возникшем на фоне боли, но только 14 % при этом посещали психотерапевта, хотя у невролога наблюдались 79 % пациенток.

Что касается субъективной оценки условий труда, то 38,5 % испытуемых отметили их как условия средней тяжести, 23,1 % оценили условия труда как тяжелые, 7,7 % — как легкие. У 30,8 % работа в положении стоя, у 23,1 % — в положении сидя. Разброс по профессиям у испытуемых был неоднородным, а потому выделение какого-то одного специфического вида деятельности для таких больных не представляется достоверно возможным.

При анализе данных, полученных с помощью визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ), были выявлены следующие результаты: 30 % пациенток отмечали характер боли как более чем сильную, столько же отметили, что боль просто сильная. Нестерпимой боль посчитали 15,4 % опрошенных, и только 7,7 % отметили, что боль, которую они испытывают, можно назвать умеренно-терпимой.

Что касается сравнения результатов по ВАШ у пациенток с острым воспалением и пациенток с УБС, то даже несмотря на то, что воспаление острое, такие больные редко были склонны оценивать данную боль как сильную, умеренную или невыносимую (рис. 1). Это может быть связано с тем, что острая боль легче поддается купированию, чем хроническая. Последняя же может влиять на субъективное восприятие собственного состояния, способствует развитию хронического стресса и даже может приводить к депрессивным состояниям.

Результаты по методике SF-36 представлены на рис. 2: усредненный профиль пациентки с УБС получился плоским, он демонстрирует низкие показатели по всем изучаемым индикаторам качества жизни. При этом разброс в показателях незначительный.

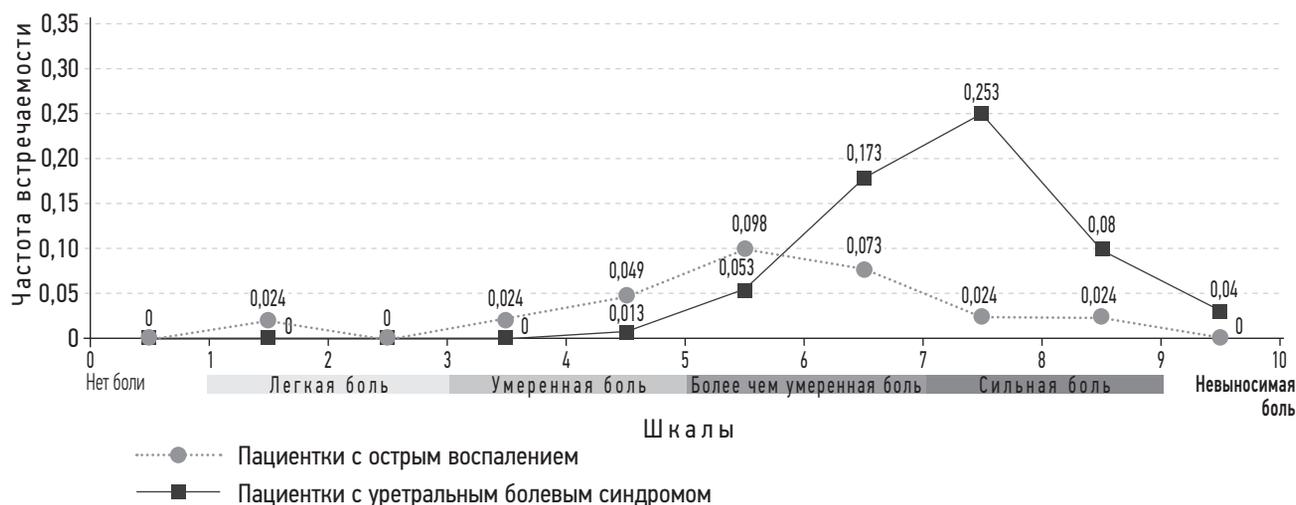


Рис. 1. Сравнение результатов по ВАШ

Fig. 1. Comparison in VAS results



Рис. 2. Сравнительный анализ результатов по SF-36

Fig. 2. Comparative analysis of SF-36 results

Важно отметить, что полученный профиль пациентки с острым воспалением характеризуется значительной вариативностью в значениях изучаемых признаков. Особенно заметно различие по таким показателям, как «Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием», «Интенсивность боли», «Психическое здоровье», «Жизненная активность» и «Физический компонент здоровья», которые у пациентки с острым воспалением выше, чем у пациентки с УБС. Можно заключить, что качество жизни в целом у пациенток с острым воспалением субъективно выше (рис. 2).

Данные различия нашли свое статистическое подтверждение с помощью *U*-критерия Манна-Уитни по шкалам «Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием», «Интенсивность боли»

и «Жизненная активность» ($p \leq 0,05$). А это означает, что пациентка с УБС в результате заболевания в большей степени ограничена в повседневной деятельности, чувствует себя утомленной, обессиленной, а испытываемая боль значительно снижает ее активность.

При этом, если результаты оценки *психологического компонента здоровья* пациенток обеих групп примерно одинаково низкие (снижена жизненная активность, отмечается повышенная утомляемость, доминирует сниженный тон настроения, депрессивные состояния, тревожные переживания), то результаты оценки *физического компонента здоровья* пациентки с УБС и пациенток с острым воспалением диаметрально противоположны: первые считают, что в большей степени ограничены заболеванием в повседневной жизни

(ограничены физические нагрузки, самообслуживание, работа, повседневная активность), что тоже статистически достоверно подтвердилось ($p \leq 0,05$).

По данным проверочных шкал методики СМИЛ усредненный профиль личности получился «плавающим» с элементами дезадаптации. Данная картина также может свидетельствовать о наличии выраженного стресса (рис. 3).

Отмечается тенденция к преувеличению имеющихся проблем, высокой самокритичности, стремление подчеркнуть дефекты своего характера, наличие излишней взволнованности. Присутствует также сниженная работоспособность, которая, скорее всего, связана с текущим болезненным состоянием.

Низкий показатель по шкале критичности в сочетании с высоким по шкале надежности свидетельствует об откровенности испытуемых. При этом отсутствует установка испытуемых на процедуру тестирования. Как ни парадоксально, такое болезненное, откровенное и стрессовое состояние при этом достаточно гармонично вписывается в общий профиль и может быть определено влиянием СХТБ.

Что касается результатов, полученных по основным шкалам, то картина получилась следующая (рис. 4).

Анализ полученных данных по основным шкалам:

1. *Шкала сверхконтроля (74)*: данные, полученные по текущей шкале, свидетельствуют о склонности к социальной пассивности, подчиняемости и плохом самообладании в межперсональных конфликтах. Наличие избыточной эмоциональной напряженности вытекает в затрудненную адаптацию, что проявляется повышенной сосредоточенностью на отклонениях от нормы как в плане межличностных отношений, где подобную личность может раздражать безответственность и недостаточная на ее взгляд нравственность поступков окружающих, так и в сфере самочувствия, где чрезмерное внимание к функциям собственного организма может перерасти в ипохондричность.

2. *Шкала пессимистичности (75)*: определяется пассивная личностная позиция в сочетании с высоким уровнем осознания имеющихся проблем через призму

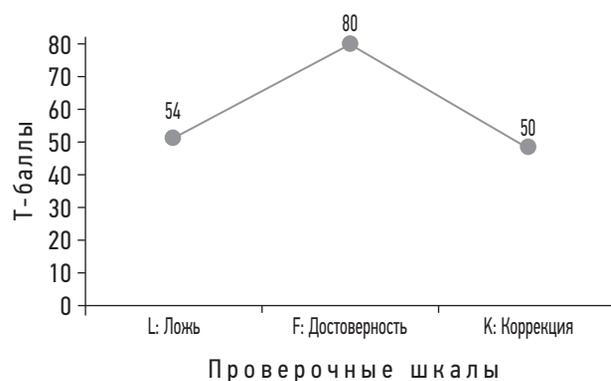


Рис. 3. Средние баллы по проверочным шкалам «Ложь», «Достоверность» и «Коррекция»

Fig. 3. Average scores on the following validity scales: L, F and K

неудовлетворенности и пессимистической оценки своих перспектив; склонность к раздумьям, инертность в принятии решений, выраженная глубина переживаний, аналитический склад ума, скептицизм, самокритичность, некоторая неуверенность в себе, в своих возможностях. При наличии стресса отмечается склонность к стоп-реакциям, то есть к блокировке активности, или ведомое поведение, подвластность лидирующей личности. Такие высокие показатели по данной шкале четко коррелируют с заболеванием, которое нарушает обычный ход жизни и перспективные планы.

3. *Шкала демонстративности (67)*: средние показатели по шкале свидетельствуют о нормальной устойчивости к средовым воздействиям и достаточной откликаемости на проблемы социального микроклимата.

4. *Шкала импульсивности (67)*: личность с такими показателями отличается средней поисковой активностью в мотивационной направленности. Склонность к риску снижена, уровень притязаний тоже. Однако может присутствовать некоторая импульсивность в поведении.

5. *Шкала мужественности–женственности (69)*: отмечается тенденция к эмансипации, независимости и некоторой отстраненности, выражающейся в прагматичном отношении к половым контактам.

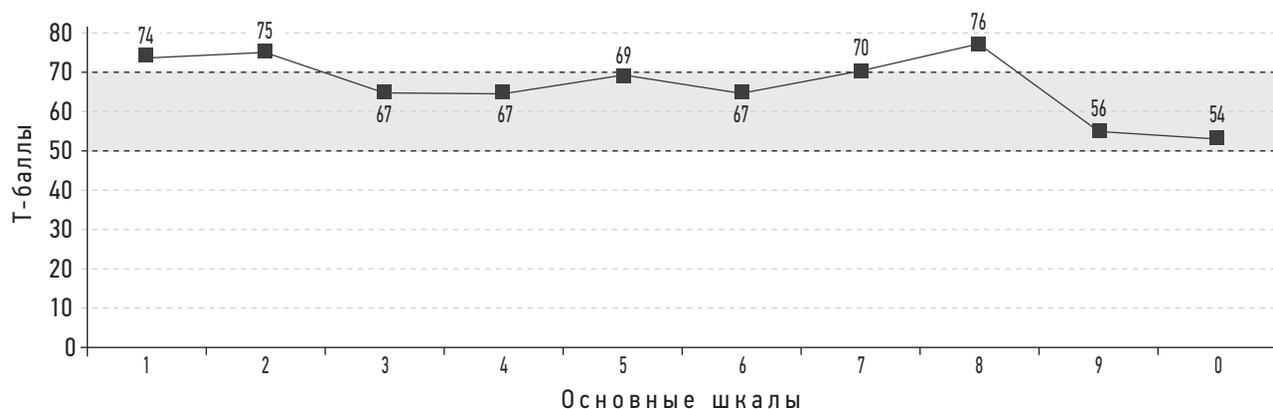


Рис. 4. Психологический статус пациентки с синдромом хронической тазовой боли по основным шкалам СМИЛ

Fig. 4. Psychological status of a patient with chronic pelvic pain syndrome according to the MMPI content scales

6. *Шкала ригидности (67)*: наличествует тенденция к негибкой системе в подходе к решению различных жизненных проблем, медленной смене настроения, постепенному накоплению аффекта, конкретности мышления, излишней детализации и педантизму, упорному и активному насаждению своих взглядов и ценностей окружающим, что является причиной частых конфликтов с окружающими, злопамятности и даже мстительности.

7. *Шкала тревожности (70)*: характерна излишняя тревожность по любым причинам, нерешительность и боязливость в принятии решений, постоянные сомнения в правильности выбора решения и поставленных целей. Такой личности свойственна тенденция к тщательной перепроверке своих поступков и проделанной работы, повышенное чувство вины за малейшие неудачи и ошибки, мнительность, неуверенность в себе, обязательная ориентация на мнение коллектива (группы), приверженность к общепринятым нормам. Она склонна к альтруистическим проявлениям, действиям на предельном уровне своих возможностей, только чтобы заслужить одобрение со стороны окружающих лиц. Такие баллы по данной шкале свидетельствуют о преобладании пассивно-страдательной позиции, неуверенности в себе и в стабильности ситуации, высокой чувствительности и подвластности средовым воздействиям, повышенной чуткости к опасности. Превалирует мотивация избегания неуспеха и зависимость от мнения большинства. Несмотря на кажущуюся жертвенность и покорность, такая личность избыточно фиксирована на своих терзаниях, чем проявляет свой эгоцентризм, это может раздражать более уравновешенных окружающих. Все это неизбежно накладывает отпечаток на отношения как на работе, так и в семье (тревожная жена, беспокойный и неуверенный сотрудник, свехопекающая мать).

8. *Шкала индивидуалистичности (75)*: завышенные показатели по данной шкале свидетельствуют о повышенной чувствительности в сочетании с эмоциональной холодностью и отчужденностью в межличностных отношениях. Отмечается определенная избирательность в контактах, известный субъективизм в оценке людей и явлений окружающей жизни, независимость взглядов. У такой личности недостаточно сформирована реалистическая платформа, базирующаяся на житейском опыте, и она больше ориентируется на свой субъективизм.

9. *Шкала оптимистичности (56)*: отмечается снижение уровня оптимизма, жизнелюбия и активности. В сочетании с пиком по 2-й шкале, полученный профиль отражает особенно глубокую депрессивную окраску настроения. А тенденция к завышению по 4-й может свидетельствовать о склонности к суициду (S-риск).

0. *Шкала социальной интроверсии (54)*: общительность в пределах нормативных значений.

Корреляционный анализ полученных данных по методике ММРІ показал, что существует прямая взаимосвязь между показателями таких основных шкал, как «Пассивность»–«Демонстративность» ($r = 0,754$;

$p \leq 0,05$), «Пассивность»–«Тревожность» ($r = 0,798$; $p \leq 0,05$). Можно сделать вывод, что пассивная жизненная позиция пациентки с УБС определяется стремлением как можно меньше привлекать к себе внимание, способствуя тем самым снижению тревожного фона, который, как мы описали выше, характерен для такой больной.

Прямо пропорциональная корреляционная связь была выявлена также между показателями шкал «Импульсивность»–«Ригидность» ($r = 0,759$; $p \leq 0,05$) и «Импульсивность»–«Индивидуалистичность» ($r = 0,814$; $p \leq 0,05$). Это свидетельствует о том, что низкий уровень притязаний такой пациентки напрямую связан с отсутствием гибкости и низким уровнем принятия изменений. Такая больная обладает сниженным адаптационным потенциалом к смене жизненных условий или условий работы. В такие моменты возрастает эмоциональная отстраненность, холодность, замкнутость.

Наличие прямой связи между показателями шкал «Индивидуалистичность»–«Ригидность» ($r = 0,785$; $p \leq 0,05$) и «Индивидуалистичность»–«Тревожность» ($r = 0,764$; $p \leq 0,05$) свидетельствуют, что повышенный субъективизм, который характерен для пациентки с УБС, провоцирует рост уровня тревожности, беспокойства, однако низкий уровень гибкости и адаптивности не позволяет снизить тревогу.

Приведем пример истории болезни женщины репродуктивного возраста, страдающей УБС.

Пациентка Б., 31 год. Жалобы на жжение и боль в мочеиспускательном канале. Повышенного питания. Телосложение правильное. Не работает, находится в декретном отпуске. Младшему ребенку 2 года.

Больной себя считает 11 лет. Лечилась у гинекологов (бактериальный вагинит) и урологов. В моче, со слов больной, изменений не находили, однако проводили лечение с диагнозом «цистит». Длительно получала антибактериальное лечение. Год назад при цистоскопии выявили картину метаплазии эпителия в шейке мочевого пузыря. Тогда же стала ощущать постоянную тупую боль в области уретры. Любая физическая нагрузка сопровождается болями в пояснице и усилением жжения в уретре. Из анамнеза: росла и развивалась в строгих рамках со стороны родителей. От девочки требовалась высокая успеваемость в школе, чего ей не удавалось. Родителей боялась. С детства и в юности отмечает тревожный сон. В школе часто были конфликты со сверстниками, в результате были стрессы, часто плакала. Половая жизнь с 17 лет. В 20 лет вышла замуж. С началом регулярной половой жизни появились вышеуказанные жалобы. 10 лет получает регулярно антидепрессант Рексетин и наблюдается у психотерапевта, дозу препарата титрует, так как были панические атаки. При половой жизни отмечает выраженный дискомфорт, старается ограничивать количество половых актов. Детей двое. Роды в 24 года. В 2018 г. — кесарево сечение. По УЗИ между беременностями выявляли эндометриоз, получала гормональное лечение. После родов набрала

30 кг веса, считает, что это побочный эффект препарата Рексетин. Часто, практически ежемесячно за последний год, имеет место лабиальный герпес.

В апреле 2017 г. по МРТ: картина дегенеративно-дистрофических изменений в пояснично-крестцовой области и копчиковом отделе позвоночника. Грыжи Шморля на уровне Th12–L2. В 2020 г. на фоне длительной антибактериальной терапии был выявлен кандидоз и уреоплазмоз влагалища (*Candida* spp. $10^{5,9}$; *Ureaplasma urealyticum* $10^{5,3}$). Получает лечение у гинеколога. Проводили санацию мочевыводящих путей мужа. Общий анализ мочи (январь 2020 г.): лейкоциты — 0–1 в поле зрения, эритроциты — 0–1 в поле зрения. В посевах мочи на флору роста нет. В августе 2020 г. при цистоскопии выявили единичные мелкие буллезные образования в области шейки мочевого пузыря. По УЗИ малого таза данных об эндометриозе нет.

Физикальный осмотр на гинекологическом кресле: уретра в типичном месте, при пробе О'Донела Хиршхорна данных об уретрогименальных спайках нет, уретра не зияет. При пальпации уретры — боль в средней трети и в проекции шейки мочевого пузыря. Данных о миофасциальном компоненте при исследовании стенок влагалища нет. Предложено стационарное дообследование и лечение УБС.

По результатам приведенной истории болезни можно заключить, что пациентка соответствует выявленному усредненному психологическому профилю. В частности, отмечает повышенное тревожное состояние, склонность к депрессии и подавлению своих эмоций, выраженный стресс. Ярко выражена мотивация избегания неудачи, склонна к зависимости от авторитетных личностей (родителей). Качество жизни снижено.

Тщательное обследование больного и определение его психологического статуса на момент обращения к врачу служат той основой, на которой строится последующая программа лечения. Полное обследование должно включать в себя не только сбор жалоб и анамнез пациентов, проведение клинических и инструментальных исследований, но и использование разнообразных стандартизированных и валидизированных шкал и опросников. Такой подход позволяет проанализировать не просто степень повреждения органов или систем, но и оценить влияние дефекта на жизнедеятельность больного, на уровень его функциональных возможностей и актуальный психологический статус. Это объясняется тем, что ограничения бытовой, социальной активности и психологические изменения, возникшие в результате заболевания, невозможно измерить в килограммах, сантиметрах, миллимолях на литр и других международных единицах, которые используются при измерениях выраженности паталогического процесса. Использование опросников и шкал позволяет глубже вникнуть в историю пациента, выявить то, что невозможно определить при лабораторных исследованиях. Включение в программу обследования пациентов

данного психодиагностического инструментария позволяет, на наш взгляд, тщательнее проработать алгоритм их дальнейшей маршрутизации — точно определить, к какому специалисту их направить (уролог, невролог, гинеколог, психолог или психотерапевт). Это существенно снижает риски неправильной постановки диагноза и повышает шансы больного на выздоровление.

В результате проведенного анализа можно заключить, что пациентка с УБС/СХТБ склонна к подавлению спонтанной непринужденности, сдерживанию активной самореализации, излишне подавляет агрессивность, послушна, лишена независимости мышления. Такая личность предъявляет завышенные требования к себе и другим в плане соответствия моральным критериям социума, а ведущим мотивом становится избегание неуспеха. Не склонна к рисковому поведению. Способна на отказ от реализации сиюминутных потребностей ради стратегических планов. Чаще всего такая личность созависима при контактах с авторитарной личностью. В половой жизни склонна относиться к партнеру просто как к средству удовлетворения сексуальных потребностей, стремится обходиться без половых контактов. Отмечается тенденция к злопамятности и ригидности мышления. Чаще всего пациентка с таким профилем не уверена в себе, занимает пассивно-страдающую позицию — позицию жертвы и чрезмерно фиксирована на своих терзаниях. Данному профилю присущ излишний субъективизм и эгоцентричность, наличие депрессивной окраски настроения, снижение уровня оптимизма, жизнелюбия и активности. Отмечается тенденция к суицидальному риску. При этом данная личность не склонна ограничивать себя в общении с окружающими. В результате наличия длительного болевого воздействия такая пациентка склонна низко оценивать качество своей жизни во всех сферах: повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием, снижена активность, повышена утомляемость, а психологический компонент здоровья низкий.

Анализ представленной истории болезни пациентки свидетельствует, что пациентку длительное время лечили ошибочно с диагнозом «цистит». Необоснованный прием антибактериальных препаратов стал причиной развития дисбиоза влагалища, в частности, стал причиной снижения резистентности организма к инфекционно-вирусным агентам (в течение последнего года у пациентки ежемесячно герпетическая инфекция). При цистоскопии выявлены скудные изменения в шейке мочевого пузыря, на фоне неизменных анализов мочи, что может быть связано как с вирусной инфекцией, так и с нарушением процессов микроциркуляции и лимфотока в области дна мочевого пузыря, прилежащего к передней стенке влагалища.

То есть преморбидным фоном для развития УБС у представленной пациентки могло стать наличие воспалительных процессов гинекологической локализации. Объяснением тому может быть факт, представленный

в работах Ю.Л. Набока и соавт. [20], — у пациенток с инфекцией мочевыводящих путей показали микробные взаимосвязи органов мочевой системы с соседними биотопами (кишечник и влагалище). Полученные авторами значимые коэффициенты корреляции между различными таксонами микробиоты в трех изучаемых биотопах доказывают связь этих локусов, наличие эффекта транслокации микробиоты. Известно, что в основе хронизации любого воспалительного процесса лежит транзиторная дисфункция иммунной системы, в том числе функциональная недостаточность фагоцитарного звена [21]. Показано, что инфекционный агент способен персистировать внутри макрофага. Макрофаги же служат эффекторами хронического воспаления с преобладанием пролиферативно-склерозирующего компонента [22]. Ранее было показано, что патологические процессы у подобных больных УБС приводят к реорганизации компонентов соединительнотканной стромы — наличие процессов фиброобразования в стенке уретры и вокруг нее, причина которого до настоящего времени не ясна. Фиброз подэпителиальных структур зафиксирован в 48,2 % случаев, атрофические изменения эпителия уретры в 20,5 %, а при хроническом воспалении — 55,5 и 40,6 % случаев соответственно. Причем трофические нарушения, выявленные методом кросс-поляризационной оптической когерентной томографии (КП ОКТ) у пациенток с УБС, были выявлены как в уретре, так и в шейке [23].

В случае представленной пациентки развитие болевого синдрома именно в области уретры и его прогрессирование, видимо, связано с присутствием гинекологической патологии, персистирующей на фоне длительного антибактериального лечения, гормонального дисбаланса, метаболических нарушений, как следствие — усугубление психоэмоционального состояния. В ведении данной пациентки — скрытая ятрогения, которая повлекла за собой нарастающий вал проблем как в семейной, так и в социально-бытовой сфере.

Еще одна важная психологическая составляющая — особенности личности пациента, которые влияют на течение соматического заболевания и его исход. В связи с этим использование шкал и опросников, призванных определить наличие психологических особенностей и психопатологических нарушений у пациента, которые выступают специфическими маркерами для больных данного профиля, будет желательным для специалистов различного профиля [24].

Исходя из вышеизложенного, целью статьи является мотивация амбулаторного уролога к алгоритму исследования таких пациенток с направлением к психотерапевту. А для этого необходим простой, небольшой, адаптированный к условиям приема тест/опросник, который позволил бы врачу-клиницисту выявить психологические проблемы, например, Индекс общего психологического благополучия (Dipuy H., et al., 1984) или Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS, Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983), чтобы выявить аффективное и эмоциональное расстройство, которые влияют на самооценку благополучия состояния [25].

ВЫВОДЫ

Выявлено, что у пациенток с УБС/СХТБ на характер формирования заболевания значительную роль оказывают психологические факторы: определенные психологические особенности личности, субъективная оценка качества жизни, а особенности течения болезни в значительной степени определяются ее субъективным восприятием.

К психологическим факторам риска развития УБС/СХТБ можно отнести:

- завышенные требования к себе и окружающим;
- склонность к подавлению эмоций;
- выраженная мотивация избегания неудачи;
- хронический стресс;
- выраженное тревожное состояние;
- зависимость от авторитета;
- пассивная жизненная позиция.

Все вышеперечисленное может способствовать развитию дезадаптации личности и нарушениям здоровья, а при наличии склонности к гинекологическим заболеваниям — и развитию СХТБ, в частности УБС.

Поэтому в алгоритм выбора терапии при УБС должен быть включен пункт психологического или психотерапевтического сопровождения пациенток с целью коррекции личностных особенностей. А в качестве профилактики раннего развития СХТБ, и УБС в частности, необходима узконаправленная подготовка специалистов (школьных психологов, психотерапевтов, психологов в вузах, сузах и т. д.).

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Работа выполнена при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, грант № 19-07-00395.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Rothberg M.B., Wong J.D. All Dysuria Is Local A Cost-effectiveness Model for Designing Site-specific Management Algorithms // *J Gen Intern Med.* 2004. Vol. 19, No. 5, pt. 1. P. 433–443. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2004.10440.x
2. Sung T.C. Is Urethral Pain Syndrome Really Part of Bladder Pain Syndrome? // *Urogenit Tract Infect.* 2017. Vol. 12, No. 1. P. 22–27. DOI: 10.14777/uti.2017.12.1.22
3. Phillip H., Okewole I., Chilaka V. Enigma of urethral pain syn-

drome: Why are there so many ascribed etiologies and therapeutic approaches? *International J Urol*. 2014. Vol. 21. P. 544–548. DOI: 10.1111/iju.12396

4. Есин Р.Г., Федоренко А.И., Горобец Е.А. Хроническая неспецифическая тазовая боль у женщин: мультидисциплинарная проблема (обзор) // *Медицинский альманах*. 2017. № 5 (50). С. 97–101. DOI: 10.21145/2499-9954-2017-5-97-101

5. Беляков К.М., Стрельцова О.С., Антипенко Е.А., и др. Возможности исследования полового нерва при хроническом уретральном болевом синдроме методом магнитной стимуляции // *Медицинский альманах*. 2020. № 2 (63). С. 64–70.

6. Piontek K., Ketels G., Albrecht R., et al. Somatic and psychosocial determinants of symptom severity and quality of life in male and female patients with chronic pelvic pain syndrome // *J Psychosom Res*. 2019. Vol. 120. P. 1–7. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2019.02.010

7. Passavanti M.B., Pota V., Sansone P., et al. Chronic Pelvic Pain: Assessment, Evaluation, and Objectivation // *Pain Res Treat*. 2017. Vol. 2017. 9472925. DOI: 10.1155/2017/9472925

8. Smith C.P. Male chronic pelvic pain: an update // *Indian J Urol*. 2016. Vol. 32, No. 1. P. 34–39. DOI: 10.4103/0970-1591.173105

9. Aziz Q., Giamberardino M.A., Barke A., et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Chronic visceral pain // *Pain*. 2019. Vol. 160, No. 1. P. 69–76. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001362

10. EAU.org [Internet]. Engeler D., Baranowski A.P., Borovicka J., et al. European Association of Urology. Guidelines on Chronic Pelvic Pain, 2021. Доступ по ссылке: <https://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain>

11. Стеняева Н.Н., Аполихина И.А. Хроническая тазовая боль: психосоматические аспекты // *Consilium Medicum*. 2012. Т. 14, № 6. С. 19–20.

12. Naliboff B.D., Stephens A.J., Afari N., et al. Widespread Psychosocial Difficulties in Men and Women with Urologic Chronic Pelvic Pain Syndromes: Casecontrol Findings From the Multidisciplinary Approach to the Study of Chronic Pelvic Pain Research Network // *J Urol*. 2015. Vol. 85, No. 6. P. 1319–1327. DOI: 10.1016/j.urology.2015.02.047.14

13. Kirmayer L.J., Groleau D., Looper K.J., et al. Explaining medically unexplained symptoms // *Can J Psychiatry*. 2004. Vol. 49, No. 10. P. 663–671. DOI: 10.1177/070674370404901003

14. Осипова В.В. Психологические аспекты боли // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2010. Т. 2, № 1. С. 4–9. DOI: 10.14412/2074-2711-2010-62

15. Shoskes D.A., Nickel J.C., Kattan M.W. Phenotypically directed multimodal therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective study using UPOINT // *Urology*. 2010. Vol. 75, No. 6. P. 1249–1253. DOI: 10.1016/j.urology.2010.01.021

16. Woolf C.J. Evidence for a central component of post-injury pain hypersensitivity // *Nature*. 1983. Vol. 306(5944). P. 686–688. DOI: 10.1038/306686a0

17. Savidge C.J., Slade P. Psychological aspects of chronic pelvic pain // *J Psychosom Res*. 1997. Vol. 42, No. 5. P. 433–444. DOI: 10.1017/CBO9781107478084.008

18. Parker J., Buga S., Sarria J.E., Spiess P.E. Advancements in the Management of Urologic Chronic Pelvic Pain: What is New and What Do We Know? // *Curr Urol Rep*. 2010. Vol. 11, No. 4. P. 286–291. DOI: 10.1007/s11934-010-0121-9

19. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ. (Практикум по психодиагностике). Санкт-Петербург: Речь, 2002. 217 с.

20. Набока Ю.Л., Гудима И.А., Морданов С.В., и др. Вирусрия как составляющая микробиоты мочи и ее значение для оценки состояния здоровья мочевого тракта: описательное клиническое исследование // *Урология*. 2020. № 1. С. 12–18. DOI: 10.18565/urology.2020.1.12-18

21. Набока Ю.Л., Коган М.И., Гудима И.А., и др. Существует ли взаимосвязь между микробиотой мочи, влагалища и кишечника при инфекции верхних мочевых путей? // *Вестник урологии*. 2019. Т. 7, № 1. С. 38–45. DOI: 10.21886/2308-6424-2019-7-1-38-45

22. Змушко Е.И., Белозеров Е.С., Минин Ю.А. Клиническая иммунология. Санкт-Петербург: Питер, 2001.

23. Kiseleva E.B., Moiseev A.A., Kuyarov A.S., et al. In vivo assessment of structural changes of the urethra in lower urinary tract disease using cross-polarization optical coherence tomography // *J Innov Opt Health Sci*. 2020. Vol. 13. 903848. DOI: 10.1142/S1793545820500248

24. Дубатова И.В., Воякина В.Г., Лепявка С.В., и др. Использование психометрических методик для диагностики тревожно-депрессивных расстройств у пациентов общесоматического профиля // *Казанский медицинский журнал*. 2019. Т. 100, № 4. С. 565–570. DOI: 10.17816/KMJ2019-565

25. Осин Е.Н., Леонтьев Д.А. Краткие русскоязычные шкалы диагностики субъективного благополучия: психометрические характеристики и сравнительный анализ // *Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены*. 2020. № 1. С. 117–142. DOI: 10.14515/monitoring.2020.1.06

REFERENCES

1. Rothberg MB, Wong JD. All Dysuria Is Local A Cost-effectiveness Model for Designing Site-specific Management Algorithms. *J Gen Intern Med*. 2004;19(5 Pt 1):433–443. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2004.10440.x

2. Sung TC. Is Urethral Pain Syndrome Really Part of Bladder Pain Syndrome? *Urogenit Tract Infect*. 2017;12(1):22–27. DOI: 10.14777/uti.2017.12.1.22

3. Phillip H, Okewole I, Chilaka V. Enigma of urethral pain syndrome: Why are there so many ascribed etiologies and therapeutic approaches? *International J Urol*. 2014;21:544–548. DOI: 10.1111/iju.12396

4. Esin RG, Fedorenko AI, Gorobets EA. Chronic non-specific pelvic pain in the case of women: multidisciplinary issue. *Medical Almanac*. 2017;5(50):97–101. (In Russ.) DOI: 10.21145/2499-9954-2017-5-97-101

5. Belyakov KM, Streltsova OS, Antipenko EA, et al. Possibilities of the pudendal nerve studying in chronic urethral pain syndrome using magnetic stimulation method. *Medical Almanac*. 2020;2(63):64–70. (In Russ.)

6. Piontek K, Ketels G, Albrecht R, et al. Somatic and psychosocial determinants of symptom severity and quality of life in male and

- female patients with chronic pelvic pain syndrome. *J Psychosom Res.* 2019;120:1–7. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2019.02.010
7. Passavanti MB, Pota V, Sansone P, et al. Chronic Pelvic Pain: Assessment, Evaluation, and Objectivation. *Pain Res. Treat.* 2017;2017:9472925. DOI: 10.1155/2017/9472925
8. Smith CP. Male chronic pelvic pain: an update. *Indian J Urol.* 2016;32(1):34–39. DOI: 10.4103/0970-1591.173105
9. Aziz Q, Giamberardino MA, Barke A, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Chronic visceral pain. *Pain.* 2019;160(1):69–76. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001362
10. EAU [Internet]. Engeler D, Baranowski AP, Borovicka J, et al. European Association of Urology. Guidelines on Chronic Pelvic Pain, 2021. Available from: <https://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain>
11. Stenjaeva NN, Apolihina IA. Hronicheskaja tazovaja bol': psihosomaticheskie aspekty. *Consilium Medicum.* 2012;6(14):19–20. (In Russ.)
12. Naliboff BD, Stephens AJ, Afari N, et al. Widespread Psychosocial Difficulties in Men and Women with Urologic Chronic Pelvic Pain Syndromes: Casecontrol Findings From the Multidisciplinary Approach to the Study of Chronic Pelvic Pain Research Network. *J Urol.* 2015;85(6):1319–1327. DOI: 10.1016/j.urol.2015.02.047.14
13. Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KJ, et al. Explaining medically unexplained symptoms. *Can J Psychiatry.* 2004;49(10):663–671. DOI: 10.1177/070674370404901003
14. Osipova VV. Pain: psychological aspects. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2010;2(1):4–9. (In Russ.) DOI: 10.14412/2074-2711-2010-62
15. Shoskes DA, Nickel JC, Kattan MW. Phenotypically directed multimodal therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective study using UPOINT. *Urology.* 2010;75(6):1249–1253. DOI: 10.1016/j.urol.2010.01.021
16. Woolf CJ. Evidence for a central component of post-injury pain hypersensitivity. *Nature.* 1983;306(5944):686–688. DOI: 10.1038/306686a0
17. Savidge CJ, Slade P. Psychological aspects of chronic pelvic pain. *J Psychosom Res.* 1997;42(5):433–444. DOI: 10.1017/CBO9781107478084.008
18. Parker J, Buga S, Sarria JE, Spiess PE. Advancements in the Management of Urologic Chronic Pelvic Pain: What is New and What Do We Know? *Curr Urol Rep.* 2010;11(4):286–291. DOI: 10.1007/s11934-010-0121-9
19. Sobchik LN. *Standartizirovannyj mnogofaktornyj metod issledovanija lichnosti SMIL. (Praktikum po psihodiagnostike).* Saint Petersburg: Rech', 2002. 217 p. (In Russ.)
20. Naboka YL, Gudima IA, Mordanov SV, et al. Virusuria as a component of the urine microbiota and its significance for assessing the health of the urinary tract: a descriptive clinical study. *Urologija.* 2020;(1):12–18. (In Russ.) DOI: 10.18565/urology.2020.1.12-18
21. Naboka YL, Kogan MI, Gudima IA, et al. Is there a relationship between the urine, vagina, and gut microbiota in patients with an infection of the upper urinary tract? *Vestnik Urologii.* 2019;7(1):38–45. (In Russ.) DOI: 10.21886/2308-6424-2019-7-1-38-45
22. Zmushko EI, Belozero ES, Minin JA. *Klinicheskaja immunologija.* Saint Petersburg: Piter, 2001. (In Russ.)
23. Kiseleva EB, Moiseev AA, Kuyarov AS, et al. In vivo assessment of structural changes of the urethra in lower urinary tract disease using cross-polarization optical coherence tomography. *J Innov Opt Health Sci.* 2020;13(903848). DOI: 10.1142/S1793545820500248
24. Dubatova IV, Voyakina VG, Lepyavka SV, et al. The use of psychometric methods for the diagnosis of anxiety and depressive disorders in patients with a general somatic profile. *Kazan medical journal.* 2019;100(4):565–570. (In Russ.) DOI: 10.17816/KMJ 2019-565
25. Osin EN, Leontiev DA. Brief Russian-Language Instruments to Measure Subjective Well-Being: Psychometric Properties and Comparative Analysis. *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes Journal.* 2020;(1):117–142. (In Russ.) DOI: 10.14515/monitoring.2020.1.06

ОБ АВТОРАХ

***Мария Евгеньевна Халак**, канд. психол. наук;
адрес: Россия, 603950, Нижний Новгород, пл. Минина
и Пожарского, д. 10/1;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1897-8894>;
eLibrary SPIN: 9670-8556; e-mail: m-e-h@yandex.ru

Мухаммад Молви, аспирант;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7846-4356>;
e-mail: msmolvi@mail.ru

Валерий Федорович Лазукин, канд. биол. наук;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0916-0468>;
eLibrary SPIN: 3400-9905; e-mail: valery-laz@yandex.ru

Елена Дмитриевна Божкова, канд. мед. наук;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0105-0360>;
eLibrary SPIN: 2887-9548; e-mail: readytotalk@mail.ru

Ольга Сергеевна Стрельцова, д-р мед. наук, профессор;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9097-0267>;
eLibrary SPIN: 9674-0382; e-mail: strelzova_uro@mail.ru

AUTHORS INFO

Maria E. Khalak, Cand. Sci. (Psy.);
address: 10/1 sq. Minina & Pojarskogo, Nizhny Novgorod, 603950,
Russia;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1897-8894>;
eLibrary SPIN: 9670-8556; e-mail: m-e-h@yandex.ru

Muhammad Molvi, Postgraduate student;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7846-4356>;
e-mail: msmolvi@mail.ru

Valeriy F. Lazukin, Cand. Sci. (Biol.);
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0916-0468>;
eLibrary SPIN: 3400-9905; e-mail: valery-laz@yandex.ru

Elena D. Bozhkova, Cand. Sci. (Med.);
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0105-0360>;
eLibrary SPIN: 2887-9548; e-mail: readytotalk@mail.ru

Olga S. Streltsova, Doc. Sci. (Med.), professor;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9097-0267>;
eLibrary SPIN: 9674-0382; e-mail: strelzova_uro@mail.ru