

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

尿道疼痛综合征患者：心理画像

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

Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russia

本文介绍了一例慢性盆腔疼痛综合征患者的心理特征，特别是其组成部分—尿道疼痛综合征。还强调了这类患者内在的主要具体人格特征，确定了发展为尿道疼痛综合征的危险因素，包括心理因素。为医生提供了管理这类患者的建议，特别是使用心理量表和旨在确定特定特征标记的问卷。

关键词：慢性盆腔疼痛综合征；尿道疼痛综合征；抑郁状态；个体的心理特征；焦虑。

引用本文：

Khalak ME, Molvi M, Lazukin VF, Bozhkova ED, Streltsova OS. 尿道疼痛综合征患者：心理画像. *Urology reports (St. Petersburg)*. 2021;11(1):15-26.
DOI: <https://doi.org/10.17816/uroved62682>

收稿日期：2021年2月3日

审稿日期：2021年3月5日

出版时间：2021年3月30日

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

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>

绪论

据认为, 妇女去医疗机构最常见的原因是排尿困难, 40%的病例发生尿道炎和/或尿道综合征[1]。根据美国国立卫生研究院的数据, 三分之一患有慢性盆腔疼痛综合征 (CPPS) 的女性同时患有尿道疼痛综合征 (UPS) [2, 3]。

妇女的慢性盆腔疼痛综合征 (CPPS) 属于研究不足的类别, 其中, 作为一种规则, 器质性疾病未被发现。慢性盆腔疼痛是一种长期的、使人衰弱的疾病, 可能伴有认知、情绪、行为和性方面的负面障碍, 这些障碍也会影响生活质量。而疼痛通常是次要的, 首先必须考虑心理因素。因此, 在最近的研究中, 焦点已经转移到需要多学科方法来治疗盆腔疼痛, 并强制将心理治疗支持纳入治疗, 为慢性盆腔疼痛综合征患者提供更有效的帮助。

慢性盆腔疼痛综合征与“非特异性背部疼痛”的概念非常接近, 在医疗实践中引入的是指急性或慢性背部疼痛患者在无法明确病因的情况下的情况。在俄罗斯医疗实践中, 这类患者在排除躯体病理学后, 被转给神经学家或脊椎指压治疗师, 实践表明, 这些医生并不总是清楚地表示这种疾病的诊断和治疗原则 (特别是药物治疗) [4]。归根结底, 俄罗斯内对慢性盆腔疼痛综合征患者有效治疗的主要问题表现在没有明确慢性盆腔疼痛的病因, 因此, 还没有发展出成功的策展原则[5]。

尿道疼痛综合征 (UPS) 是慢性盆腔疼痛综合征 (CPPS) 的组成部分。欧洲泌尿外科医师协会 (European Association of urologists) 将其定义为: 在没有被证实感染或其他明显局部病理的情况下, 持续6个月以上的慢性或周期性发作性疼痛, 在尿道内感觉疼痛, 通常与负面的认知、行为、性或情感后果有关[6], 同时伴有下尿路、性功能、肠道或妇科功能障碍的症状[7]。

这种综合征不是女性特有的, 在女性和男性中都可以观察到。在女性中, 泌尿生殖系统和尿道疼痛综合征更常见, 而在男性中: 阴茎、前列腺和阴囊综合征[8]。

根据慢性盆腔疼痛综合征的发生机制, 根据国际疼痛研究协会 (International Association for the Study of Pain — IASP, 2019) 的分类, 可能的原因包括血管病变和持续性炎症, 由于骨盆区域的机械压迫而损伤器官的神经支配, 但通常病因尚不清楚[9]。

尿检没有变化, 没有任何其他临床表现, 也没有躯体上可解释的原因, 尿道疼痛的问题是复杂的, 完全没有解决, 因为确切的致病机制仍未完全了解。对于尿道疼痛综合征的预防和治疗也没有明确的建议, 因此, 目前唯一有效的医疗护理形式被认为是对症治疗: 持续服用强效止痛药、抗抑郁药和抗惊厥药[10]。

疼痛降低了病人的生活质量, 并对他的人格产生负面影响, 迫使他思考任何损害和疾病的存在。患者的认知过程和情感体验也在一定程度上影响疼痛的发展或复发。研究人员还认为, 心理和社会因素是急性疼痛发展为慢性疼痛的风险因素, 影响一个人对疼痛上瘾的程度, 以及他们对处方治疗的坚持[11]。

国外的研究主要集中在慢性盆腔疼痛综合征患者的心理特征对其疾病的感知和态度、疼痛的严重程度和持续性、病情的严重程度的影响。精神特征存在于每一个病人身上, 代表着常态。在以表型为基础的UPOINT临床分类中, 除其他外, 还区分了心理社会领域, 这需要发现患者的负面事件史、重要损失、以及对压力负荷的适应、是否存在抑郁症[12]。

早在21世纪初, 美国研究人员就得出结论, 初级保健服务中约有15-30%的咨询是针对无法从医学角度解释的症状进行的[13]。这些病例的数量与抑郁症和焦虑症患者的数量呈线性相关, 但对疾病的众多躯体症状或焦虑不能仅仅用伴随的焦虑或抑郁来解释。因此, 研究人员将无法解释的躯体症状发展的危险因素归结为:

- 性别 (女性的风险比男性高2.5倍);
- 性侵犯;
- 有虐待史。

年龄与慢性盆腔疼痛综合征症状持续时间呈负相关。焦虑障碍史与在痛经检查中出现无法解释的躯体症状的双倍风险相关, 检查期间的抑郁与当前医学上无法解释的躯体症状相关[14]。

慢性疼痛发生的最初环节是交感神经系统的周围神经末梢和节点发生的局部营养不良、代谢、血流动力学和功能改变[15]。这些疾病伴随着病理性传入冲动的频率和强度的增加。脊髓结构的兴奋性增加和中枢神经系统的病理改变补充了局部疾病, 在这种情况下, 即使是来自骨盆器官的普通冲动也开始被认为是疼痛的。在

这种情况下,疼痛信号功能丧失,这种情况开始影响患者的生活质量,对他们生活的各个方面产生负面影响。中枢敏感现象是慢性疼痛形成的最重要的机制之一,这一现象最早由C. Woolf于1983年提出[16]。持续性持续性疼痛导致焦虑和抑郁谱精神病理的出现,改变患者的人格,对家庭生活产生负面影响,影响社会功能。

C. Savidge和P. Slade[17]在1997年进行了一项对患有慢性盆腔疼痛综合症的女性的临床研究的荟萃分析。他们发现,疼痛病因尚未确定的女性对疼痛的心理感知与那些疼痛病因已确定的女性对疼痛的感知是不同的。研究发现,这类患者的压力取决于疼痛综合症的性质、严重程度和个人感知。结果表明,两组患者的焦虑程度、抑郁程度和性问题大致相同,因此在制定治疗方案时应该考虑到这些情况。

自2010年以来,慢性盆腔疼痛综合症的研究重点日益转向伴随精神疾病的靶向诊断,如抑郁,焦虑和躯体障碍,以及有症状的物质滥用。建议确定并考虑到患者在患病前经历的创伤(这可能是身体暴力或性暴力,包括童年时期的暴力),作为慢性盆腔疼痛综合症是一种可能的精神病理根本原因,特别是尿道疼痛综合症的发病机制中起着至关重要的作用。据研究,这种方法可以更好地了解这种疾病,并优化现有的治疗方法[16]。

同时,大多数研究表明,慢性盆腔疼痛综合症患者的抑郁和焦虑障碍之间存在明显的直接相关性。在该疾病患者中,很大比例的躯体形态障碍被积极假定,这强调了与慢性盆腔疼痛综合症相关的心理特征的重要作用。根据一些作者的研究,37%的患者具有一定的心理和精神特征,并且在整个生活中发现更高频率的共病精神和心理障碍[18]。

尽管国外已有大量关于慢性盆腔疼痛的研究,但男性和女性慢性盆腔疼痛综合症主要由泌尿科医生诊治,因此,欧洲泌尿外科医师协会提出了诊断和治疗慢性盆腔疼痛的建议[9]。这些建议包括描述目前对病理生理学和心理学方面的理解,以及分类、诊断和对症治疗。同时,我们认为,在没有明显病因的情况下,慢性盆腔疼痛综合症可以被解释为神经肌肉和心理社会障碍的复合体,类似于局部疼痛的慢性综合症(如反射交感神经营养不良)或功能性躯体疼痛综合症(如肠易激

综合症、慢性疲劳综合症)[4]。根据病史,本研究显示,70.9%的尿道疼痛综合症患者存在盆腔器官炎性疾病和手术干预,导致尿道和阴道肌肉功能障碍[17]。同时,已知功能障碍可能是疼痛的产生者[18]。

根据近年来国内外的研究数据,可以对慢性盆腔疼痛综合症患者进行大致的心理画像:长期疼痛综合症(≥ 6 个月)导致的慢性应激反应,严重的焦虑,可能的抑郁状态,其结果是性欲下降,性交困难。这些都导致了患者的不适应,降低了处方治疗的有效性。

材料与方法

我们研究目标是:

- 1.测定患有尿道疼痛综合症(慢性盆腔疼痛综合症的一个组成部分)的妇女的平均心理状况。
- 2.鉴别导致女性尿道疼痛综合症发展的危险因素。

本研究目的:

- 1.确定尿道疼痛综合症/慢性盆腔疼痛综合症患者人格的一般心理特征。
- 2.确定患者的一般社会地位。
- 3.确定尿道疼痛综合症/慢性盆腔疼痛综合症患者的疼痛程度。
- 4.确定尿道疼痛综合症/慢性盆腔疼痛综合症患者的主观生活质量水平。

本组群研究具有前瞻性和单中心性质。研究小组共包括119名年龄在18岁至65岁的女性。78例确诊为尿道疼痛综合症(尿道疼痛综合症组),临床无下尿路炎症过程表现。第二组患者($n=41$)抱怨相似,但临床表现为下尿路炎症过程,他们作为比较组(炎症组)。纳入研究的标准是存在慢性尿道疼痛综合症的临床症状,有复发性阵发性疼痛伴尿道定位持续6个月以上,未见炎症过程资料,年龄18岁以上。排除标准为:年龄在18岁以下,怀孕、哺乳,以及客观影响疼痛综合症发生的因素:下尿路炎症过程的存在,盆腔肿瘤的存在,盆腔器官的放射损伤。

- 在进行研究时,我们采用了以下方法:
- Sobchik的标准化多因素人格研究方法[19];
- 非特异性生活质量评估问卷SF36;
- 视觉模拟评分法(VAS);
- 作者的问卷旨在确定患者的社会心理状况。

在诊断初期,给予患者标准化多因素人格研究方法,在输入-输出控制期间,给予SF-36问卷

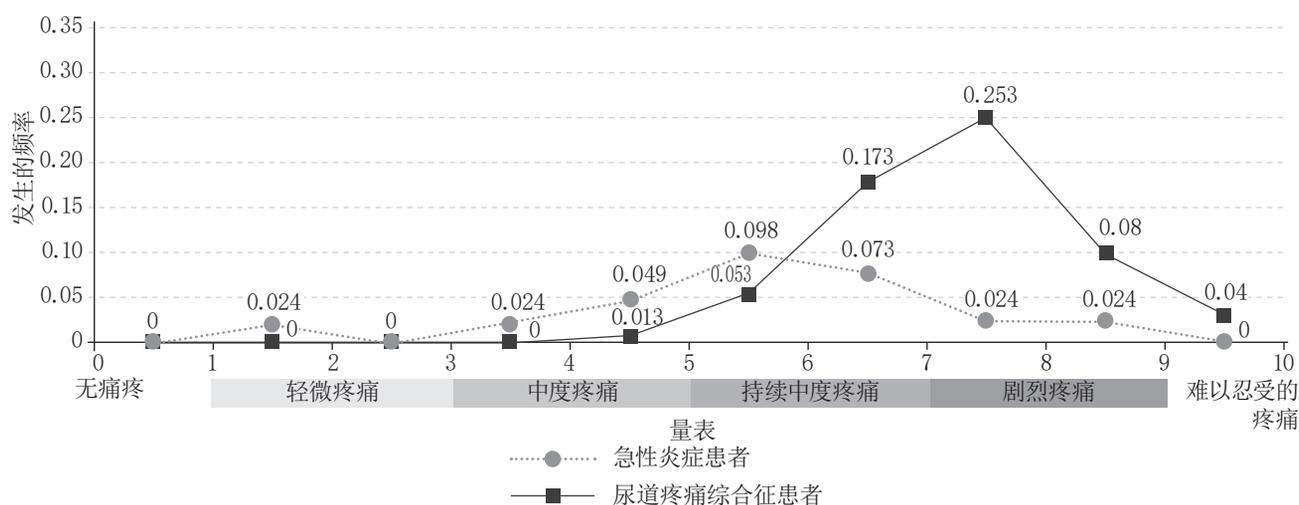


图.1. 用可视化模拟量表比较结果

Fig. 1. Comparison in VAS results

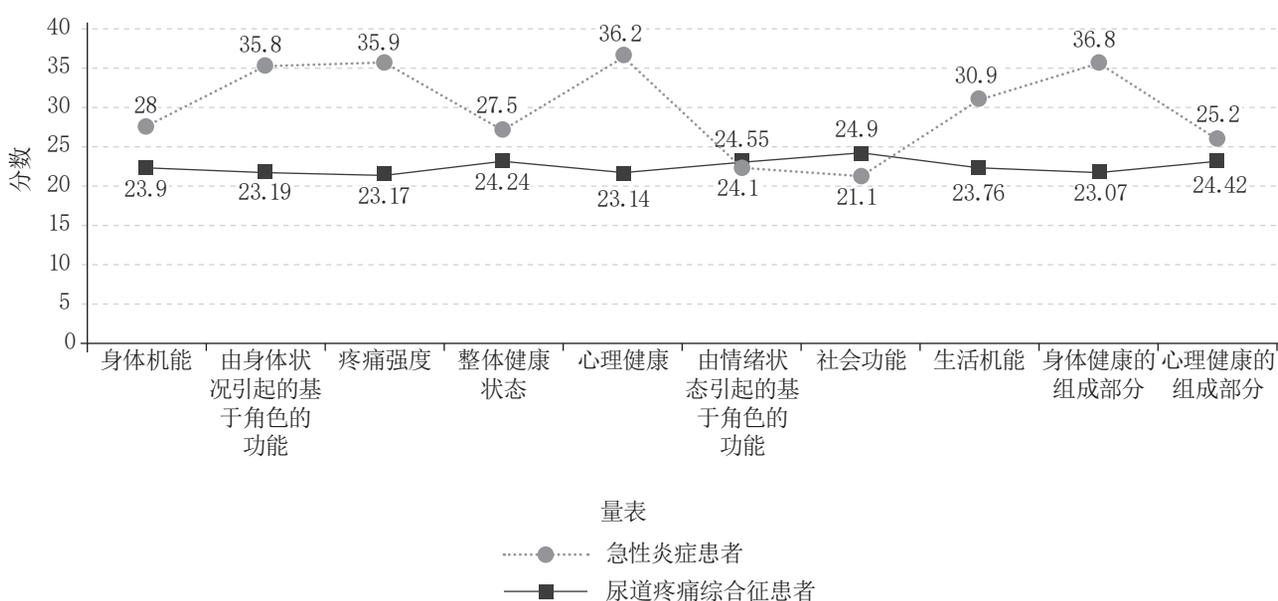


图.2. SF-36结果比较分析

Fig. 2. Comparative analysis of SF-36 results

和视觉模拟量表（为了评估治疗的有效性，以及确定两组患者之间的显著差异）。

为分析本文中尿道疼痛综合征/慢性盆腔疼痛综合征患者的心理状况，对慢性盆腔疼痛综合征组16例患者的资料进行统计处理。她们提交了一套完整的问卷。还对41例炎症组进行了检查（急性尿道炎背景下伴有急性疼痛）（对照组的患者）。

使用SPSS Statistics v. 21分析软件包进行统计处理。采用两样本Fisher ϕ -检验进行变换，对患者组样本特征进行频率比较分析。相关分析采用Spearman r 系数进行。

结果与讨论

根据笔者对尿道口疼痛综合征组患者问卷的分析所得数据，得到以下结果：64%的受访者情绪不稳定，30%一直处于压力之下，36%处于焦虑加剧的状态，14%睡眠不好。21%的受访者关注他们的抑郁状态，这种状态是在疼痛的背景下出现的，但只有14%去看了心理治疗师，尽管79%去看神经科医生。

在对工作条件的主观评价中，38.5%的患者认为工作条件为中度，23.1%为重度，7.7%为轻度。30.8%的人站着工作，23.1%的人坐着工作。病人的职业分布是不同的，因此为这些患者分配任何一种特定类型的活动是不可靠的。

在分析使用视觉模拟疼痛量表获得的数据时,发现如下结果:30%患者认为疼痛的性质大于严重,同样患者的数量认为疼痛只是严重。15.4%的受访者认为是无法忍受的疼痛,只有7.7%的人认为她们经历的疼痛可以称为中度无法忍受。

对于视觉模拟评分法在急性炎症患者和尿道疼痛综合征患者中的结果比较,虽然炎症是急性的,但这些患者很少倾向于将这种疼痛评定为严重、中度或难以忍受(图1)。这可能是因为急性疼痛比慢性疼痛更容易缓解。慢性疼痛还会影响一个人对自身状况的主观感知,导致慢性压力的发展,甚至可能导致抑郁状态。

SF-36方法的结果如图2所示:尿道疼痛综合征患者的平均轮廓是平坦的,显示低指标的所有研究的生活质量指标。与此同时,各项指标的变化不显著。

值得注意的是,所获得的急性炎症患者的特征是所研究的体征值具有显著变异性。在“身体状况导致的角色功能”、“疼痛强度”、“心理健康”、“生命活动”和“身体健康的组成部分”等指标上的差异尤为明显,急性炎症患者的这些指标高于尿道口疼痛综合征患者。可以得出结论,急性炎症患者的生活质量总体主观上较高(图2)。

这些差异通过Mann-Whitney U检验在“身体状况导致的角色功能”、“疼痛强度”和“生命活动”量表上进行统计学确认($p < 0.05$)。这意味着由于疾病导致的尿道疼痛综合征患者在日常生活中更加受限,感觉疲劳,疼痛经历明显降低了她的活动能力。

同时,如果两组患者的心理健康成分评估结果大致相同(生命活动减少,疲劳增加,主要是

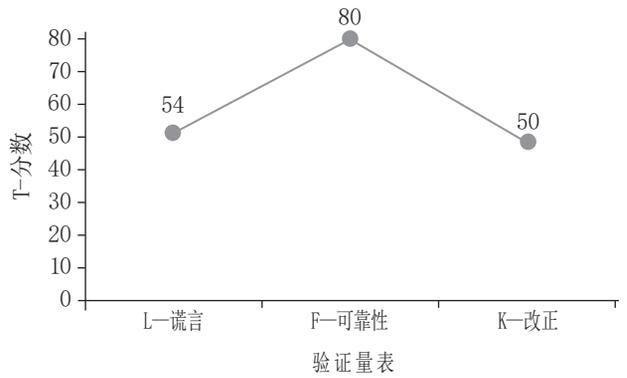


图 3. 验证量表的平均分数为“谎言”、“可靠性”和“改正”

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

情绪基调降低,抑郁状态,焦虑体验),那么尿道疼痛综合征患者和急性炎症患者的身体健康成分评估结果是完全相反的:第一组患者认为自己在日常生活中更受疾病的限制(有限的身体活动、自我照顾、工作、日常活动),这也得到了统计学上可靠的证实($p < 0.05$)。

根据标准化多因素人格研究方法,发现平均人格特征是不稳定的,存在适应不良的因素。这可能表明存在严重的应力(图3)。

有夸大存在问题的倾向,自我批评程度高,渴望强调自身性格的缺陷,存在过度激越。还有性能下降,这很可能与当前的疼痛状况有关。

临界度量表得分低,信度量表得分高,说明患者的开放性。与此同时,患者为检测程序提前没有做好准备。这种痛苦、坦率和紧张的状态同时非常和谐地符合一般情况,可以由慢性盆腔疼痛综合征的影响来确定。

主要量表上的结果如下图(图4)。

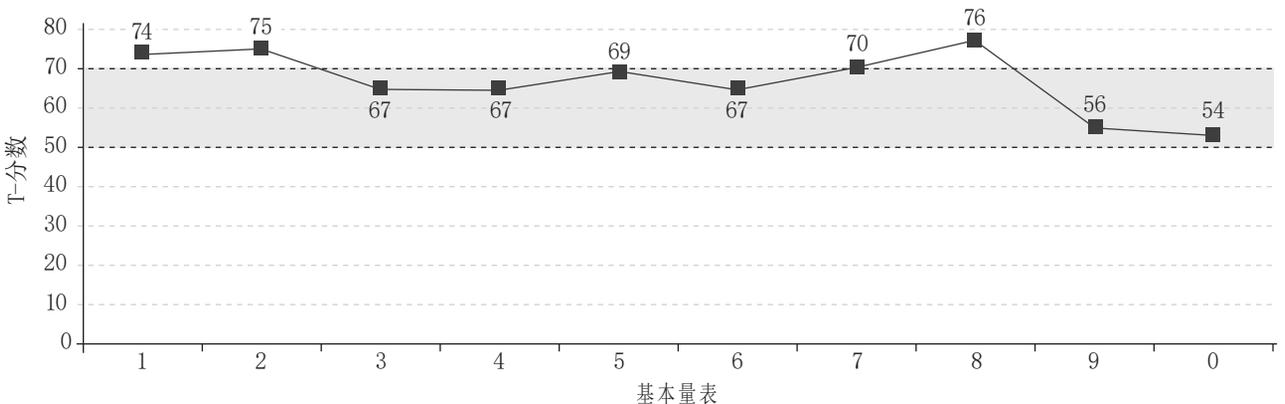


图 4. 采用标准化多因素人格研究方法对1例慢性盆腔疼痛综合征患者的心理状况进行调查

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

对主要量表上获得的数据进行分析:

1. **自我控制量表(74)**: 获得的数据显示, 在人际冲突中有社会被动性、从属性和较差的自我控制倾向。过度的情绪紧张导致难以适应, 表现为对人际关系偏离常态的关注增加。这样的人可能会对自己对他人行为的不负责任和缺乏道德的看法感到愤怒, 在幸福的领域, 过度关注自己身体的功能可能发展成疑病症。

2. **悲观量表(75)**: 被动的个人立场结合对现有问题的高度认识, 通过不满的棱镜和对其前景的悲观评估; 思考倾向, 决策惯性, 经验丰富, 分析思维, 怀疑主义, 自我批评, 在他们的能力中有一些自我怀疑。在压力存在的情况下, 有一种停止反应的倾向, 即阻止活动, 或驱动行为, 领导人格的从属关系。如此高的指标显然与一种扰乱正常生命过程和长期计划的疾病有关。

3. **直观量表(67)**: 平均指标表明对环境影响的正常抵抗能力和对社会小气候问题的充分响应能力。

4. **冲动量表(67)**: 具有这些指标的人通过动机方向的平均搜索活动来区分。风险偏好降低, 索赔水平也降低。然而, 在行为中可能有一些冲动。

5. **男女气质量表(69)**: 有一种解放、独立和一些超然的倾向, 表现为对性接触的务实态度。

6. **刚性量表(67)**: 在解决各种生活问题的方法上有一种僵化的倾向, 情绪的缓慢变化, 情感的逐渐积累, 思维的具体化, 过多的细节和迂腐, 坚持和积极地向他人灌输自己的观点和价值观, 这是经常与他人发生冲突、怨恨甚至报复的原因。

7. **焦虑量表(70)**: 表现为对任何原因的过度焦虑, 在做决定时犹豫不决和恐惧, 不断怀疑所做决定的正确性和所设定的目标。这样人的特点是倾向于仔细地重新检查他们的行为和工作, 对最轻微的失败和错误有一种增加的负罪感, 怀疑, 自我怀疑, 强制性地倾向于团队(群体)的意见, 对普遍接受的规范的承诺; 倾向于利他主义的表现, 在他们的能力的最大水平上行动, 只是为了赢得别人的认可。在这个量表上的分数表明了被动地位的优势, 自我怀疑和局势的稳定性, 高敏感性和受环境影响, 增加对危险的敏感性。避免失败和依赖多数意见的动机占了上风。尽管有明显的牺牲和屈服, 这样的人过分执着于他的折磨, 这显示了他的自我中心主义, 这可以激怒他周围

更平衡的人。这一切都不可避免地在工作 and 家庭关系中留下了印记(焦虑的妻子, 焦躁不安的员工, 过度保护的母亲)。

8. **个性量表(75)**: 这量表的高估指标表明, 在人际关系中, 情感冷淡和超然的敏感性增加。在交往中有一定的选择性, 在对周围生活的人和现象的评价中有一定的主观性, 在观点上有一定的独立性。这样的人没有一个充分形成的基于日常经验的现实平台, 他更注重他的主观态度。

9. **乐观量表(56)**: 乐观态度、对生活的热爱和积极活动的程度都有所下降。结合第二量表的最大值, 结果反映了一种特别深的抑郁情绪。第四量表中高估的倾向可能预示着自杀倾向(S风险)。

10. **社会内向量表(54)**: 规范价值范围内的社交性。

利用MMPI方法对获得的数据进行相关分析, 发现各主量表的指标之间存在直接关系, 作为“被动”—“显性”($r=0.754$; $p\leq 0.05$)、“被动”—“焦虑”($r=0.798$; $p\leq 0.05$)。可以得出结论, 尿道疼痛综合征患者的被动生活姿势是由尽可能少引起注意的愿望决定的, 因此有助于减少焦虑背景, 正如我们上面所描述的, 这是该患者的特点。

“冲动性”—“刚性”量表的指标之间也存在正比关系($r=0.759$; $p\leq 0.05$)和“冲动性”—“个性”($r=0.814$; $p\leq 0.05$)。这表明, 这种类型病人的低要求水平与缺乏灵活性和对改变的低接受程度直接相关。这样的病人对改变生活条件或工作条件的适应能力降低。在这样的时刻, 情感上的疏离、冷漠和孤立会增加。

在“个性”—“刚性”量表的指标之间存在直接关系($r=0.785$; $p\leq 0.05$)和“个性”—“焦虑”($r=0.764$; $p\leq 0.05$)表明, 主观性增加(是尿道疼痛综合征患者的典型特征)会引起焦虑水平的增加, 但低水平的灵活性和适应性不允许减少焦虑。

这是一个患有尿道疼痛综合征的育龄妇女的病史。

B.病人, 31岁。抱怨尿道有灼热感、疼痛。患者合理补充了营养。已经拥有了好的体格。不上班, 正在休产假。最小的孩子只有两岁。

认为自己病了11年。她接受了妇科医生和泌尿科医生的细菌性阴道炎治疗。根据患者的说法,

在尿液中没有发现变化,然而,她被诊断为膀胱炎。她接受了长期的抗菌治疗。一年前,膀胱镜检查显示膀胱颈部有上皮化生。同时,她开始感到尿道持续的钝痛。任何身体活动都会伴随下背部疼痛和尿道灼烧感增加。病人病历信息:病人的父母对她很严格。女孩被要求在学校表现良好,但她没有成功。她害怕她的父母。从童年到青年时期,她总是做焦虑的梦。在学校时期,她经常和她的同学发生冲突,因此,有压力,她经常哭。她17岁就开始有性生活。20岁时,她结婚了。随着定期性生活的开始,她出现了上述的抱怨。10年来,她定期服用抗抑郁药雷西汀,并由一名心理治疗师观察,药物的剂量是滴定的,因为她会发生惊恐发作。在性生活中,她注意到明显的不适,试图限制性生活次数。她养两个孩子。第一次生育年龄为24岁。2018年,她接受了剖腹产手术。妊娠间行超声检查,发现子宫内膜异位症,给予激素治疗。分娩后,她的体重增加了30公斤,她认为这是药物雷西汀的副作用。在过去的一年中,几乎每个月都会出现唇疱疹。

2017年4月,MRI显示腰骶区和尾骨棘退行性营养不良改变。Th12及L2椎体发现schmorl结节。2020年,在长期抗菌治疗的背景下,检测到阴道念珠菌病和脲支原体病(念珠菌 $10^{5.9}$;解脲支原体 $10^{5.3}$)。她接受妇科医生处方的治疗。丈夫接受了尿路消毒治疗。普通尿检(2020年1月):白血细胞在视野范围内0-1,红细胞视野内0-1。尿培养无细菌生长。2020年8月,膀胱镜检查发现膀胱颈部有单个小泡状结构。盆腔超声没有子宫内膜异位症的信息。

妇科检查椅:尿道位置正常;O'Donnell-Hirshhorn试验未见尿道粘连,尿道口无出现张开。触诊尿道时,在中间三分之一处和膀胱颈部的凸出处有疼痛感。在阴道壁的研究中没有关于肌筋膜成分的数据。给患者提出了对尿道疼痛综合征的住院随访检查及治疗提出建议。

根据给定的医疗历史的结果,可以得出结论,病人符合确定的平均心理概况。特别是,她注意到焦虑状态的增加,抑郁和压抑情绪的倾向,明显的压力。她有强烈的动机避免失败,并且倾向于依赖权威的个性(父母)。她的生活质量下降了。

在联系医生时对患者进行彻底检查并确定其心理状态是后续治疗方案的基础。一项完整的调

查应不仅包括收集病人的抱怨和病史,进行临床和仪器研究,而且还应使用各种标准化和有效的量表和问卷。这种方法使我们不仅可以分析器官或系统的损伤程度,还可以评估缺陷对患者生命活动的影响,对其功能能力的水平和当前的心理状态。这是由于家庭、社会活动的限制和由疾病引起的心理变化不能以公斤、厘米、每升毫米以及用于衡量病理过程严重程度的其他国际单位来衡量。问卷调查和量表的使用可以让更深入地研究患者的病史,以确定哪些是在实验室测试中无法确定的。我们认为,将这一心理诊断工具纳入患者的检查程序中,可以让仔细制定出患者进一步就诊路线的算法,即准确地确定该转介给哪位专家(泌尿科医生、神经科医生、妇科医生、心理学家或心理治疗师)。这大大降低了误诊的风险,增加了患者康复的机会。

经分析,尿道疼痛综合征/慢性盆腔疼痛综合征患者容易抑制自发缓解,抑制积极的自我实现,过度抑制攻击性,顺从,缺乏独立思考。这种人对自己和他人的要求过高,以满足社会的道德标准为主要动机,避免失败,不容易出现风险行为,能够为了战略计划而拒绝执行一时的需要。通常情况下,这样的人与独裁型人格的接触是相互依赖的。在性生活中,这样的人倾向于简单地把伴侣当作满足性需求的手段,倾向于不进行性接触。有一种怨恨和思维僵化的倾向。通常情况下,这种类型的病人并不自信,采取一种被动的同情立场:受害者的立场,过度专注于她/他的痛苦。这种形象的特点是过度主观性和自我中心,出现一种抑郁的情绪颜色,乐观水平下降,热爱生活和活动。有自杀风险的倾向。同时,这种人在与人交流时也不倾向于限制自己。由于长期疼痛暴露,这样的患者倾向于在所有方面对其生活质量的评估较低:日常活动受到身体状况的严重限制,活动减少,疲劳增加,健康的心理成分很低。

对就诊患者的病史分析,长期误诊为膀胱炎。不合理的抗菌药物的摄入导致了阴道失调的发展,特别是导致了身体对传染性和病毒性病原体的抵抗力下降(去年,该病人每月都出现了疱疹感染)。膀胱镜检查显示膀胱颈部有少量的变化,而尿液检测没有变化。这可能是由于病毒感染和膀胱底部临近阴道前壁区域的微循环和淋巴流动过程的破坏。

也就是说,患者发生尿道疼痛综合征的发病前背景可能是妇科定位炎性过程的存在。Y.L. Nabok等人[20]解释了这一事实,在尿路感染患者中,泌尿系统器官与邻近生物区(肠道和阴道)的微生物关系显示。作者获得的三个研究区不同微生物类群之间的显著相关系数证明了这些位点之间的联系,说明了微生物类群易位效应的存在。众所周知,任何炎症过程的时效性都是基于免疫系统的短暂功能障碍,包括吞噬连接的功能不全[21]。研究表明,感染因子能够在巨噬细胞内存留。巨噬细胞也作为慢性炎症的效应器,以增殖硬化成分为主[22]。以前,有研究表明,这类尿道疼痛综合征患者的病理过程导致结缔组织间质成分的重组:尿道壁及周围存在纤维化突起,其原因尚不清楚。48.2%的病例为上皮下组织纤维化,20.5%为尿道上皮萎缩,慢性炎症分别为55.5和40.6%。此外,偏振敏感光学相干层析成像技术(PS-OCT)在尿道疼痛综合征患者中检测到的营养障碍在尿道和宫颈均可检测到[23]。

在该患者的病例中,尿道区域疼痛综合征的发展及其进展可能与妇科病理的存在有关,长期抗菌治疗背景下持续存在,激素失衡和代谢紊乱,结果导致了心理情绪状态的恶化。该患者具有潜在性的医源性,导致家庭和社会问题日益增多。

另一个重要的心理因素是患者的人格特征,其影响着躯体疾病的病程及其结果。在这方面,使用量表和问卷设计来确定患者是否存在心理特征和精神病理障碍,作为这种类型的患者的特异性标记,将是各种类型的专家的理想选择[24]。

基于上述,这篇文章的目的是激励门诊泌尿科医生使用一种算法来研究这些转诊到心理治疗师的患者。这需要一个简单的、小的,适应入院测试/问卷的条件,这将允许临床医

生识别心理问题,例如,一般心理幸福感指数(Dupuy H.等人,1984)或医院焦虑和抑郁量表(HADS, Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983),以确定情感和情绪障碍影响状态的幸福自我评估[25]。

结论

研究发现,在尿道疼痛综合征/慢性盆腔疼痛综合征患者中,心理因素在疾病形成的性质中起着重要作用:个体的某些心理特征、对生活质量的主观评价以及病程特征在很大程度上取决于其主观感知。

尿道疼痛综合征/慢性盆腔疼痛综合征发生的心理危险因素包括:

- 对自己和他人的过分要求;
- 压抑情绪的倾向;
- 表达避免失败的动机;
- 慢性压力;
- 严重的焦虑;
- 依赖权威;
- 一种被动的生活状态。

所有上述因素都可能导致人格适应不良和健康障碍的发展,而且如果有妇科疾病倾向,并发展为慢性盆腔疼痛综合征,特别是尿道疼痛综合征。

因此,在选择尿道疼痛综合征治疗方法的算法中,应包括一个心理或心理治疗支持点,以纠正患者的个性特征。而作为预防慢性盆腔疼痛综合征特别是尿道疼痛综合征的早期发展,对专家(学校心理学家、心理治疗师、大学心理学家等)进行狭隘的培训是必要的。

附加信息

本研究是在俄罗斯基础研究基金会(批准号为19-07-00395)的资助下进行的。

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.urology.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.urology.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 issledovaniya 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, Belozherov 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

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 syndrome: 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 уре-

тральном 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/S009781107478084.008
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. Вирусургия 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/КМЖ2019-565
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

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

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