

# Соматопсихогенные проявления нефроптоза

О. А. Баулина<sup>1</sup>, А. Ю. Антропов<sup>1</sup>, А. А. Гуляев<sup>1,2,3</sup>, А. А. Баулин<sup>1</sup>, В. А. Баулин<sup>1</sup>, Л. А. Аверьянова<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Пенза, Россия

<sup>2</sup>ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Россия

<sup>3</sup>ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

<sup>4</sup>ГБУЗ «Клиническая больница № 6 имени Г. А. Захарьина, Пенза, Россия

## РЕЗЮМЕ

**Введение.** Нефроптоз, другое название заболевания – «блуждающая почка», означает опущение органа, который может перемещаться чаще всего в нижнем направлении на своей стороне по забрюшинному пространству живота и даже достигать малого таза.

**Цель исследования:** на приведённых клинических примерах обосновать необходимость новых диагностических методов исследования.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением было 448 пациентов с нефроптозом, из которых 132 оперированы по различным методикам. Мы изучили симптоматику, особо обратив внимание на соматопсихические отклонения.

**Результаты.** Приведена справка о патологии почек – нефроптозе, обращено особое внимание на неполную изученность клинических проявлений, связь их с функциональными изменениями при нарушении гемо- и уродинамики, на соматопсихические отклонения, которые формируются в процессе болезни. Приводятся яркие клинические примеры, обращается внимание на то, что в некоторых случаях скорректировать соматопсихические отклонения можно только хирургическим путём, который нивелирует гемо- и уродинамические расстройства.

**Заключение.** Несмотря на многочисленные исследования в отношении диагностики и лечения при нефроптозе, необходимы новые алгоритмы.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** нефроптоз, соматопсихические отклонения, психосоматические расстройства.

**КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## Somatopsychogenic manifestations of nephroptosis

O. A. Baulina<sup>1</sup>, A. Yu. Antropov<sup>1</sup>, A. A. Gulyaev<sup>1,2,3</sup>, A. A. Baulin<sup>1</sup>, V. A. Baulin<sup>1</sup>, L. A. Averyanova<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Penza Institute for Advanced Medical Studies – branch of Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Penza, Russia

<sup>2</sup>N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Medicine, Moscow, Russia

<sup>3</sup>Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow, Russia

<sup>4</sup>G.A. Zakharyin Clinical Hospital No 6, Penza, Russia

## SUMMARY

**Introduction.** Nephroptosis, another name for the disease is «wandering kidney», means the prolapse of an organ that can move most often in the lower direction on its side along the retroperitoneal space of the abdomen and even reach the pelvis.

**The purpose of the study:** to substantiate the need for new diagnostic research methods using the given clinical examples.

**Materials and methods.** We observed 448 patients with nephroptosis, of whom 132 were operated on using various techniques. We studied the symptoms, paying special attention to somatopsychic abnormalities.

**Results.** A reference on the pathology of the kidneys – nephroptosis is given, special attention is paid to the incomplete study of clinical manifestations, their connection with functional changes in impaired hemo- and urodynamics, to somatopsychic deviations that are formed in the course of the disease. Vivid clinical examples are given, attention is drawn to the fact that in some cases it is possible to correct somatopsychic deviations only by surgery, which neutralizes hemo- and urodynamic disorders.

**Conclusion.** Despite numerous studies regarding the diagnosis and treatment of nephroptosis, new algorithms are needed.

**KEYWORDS:** nephroptosis, somatopsychic deviations, psychosomatic disorders.

**CONFLICT OF INTEREST.** The authors declare no conflict of interest.

## Введение

Нефроптоз, другое название заболевания – «блуждающая почка» означает опущение органа, который может перемещаться чаще всего в нижнем направлении на своей стороне по забрюшинному пространству живота и даже достигать малого таза. Кроме этого, почка может поворачиваться при перемещении, что приводит к дополнительным деформациям сосудистой ножки и мочеточника, она периодически возвращается на физиологически правильное место,

а у некоторых больных плотно фиксируется на новом месте. Эти обстоятельства очень важны в плане возникновения клинической картины и оценки состояния пациентов.

Связана патологическая подвижность, как известно, с врождённым недоразвитием или возникает в процессе жизни вследствие следующих факторов:

- недоразвитости связочного аппарата или его врожденной слабости, в том числе фиброзно-мышечной дисплазии сосудистой ножки;

- колебания веса, особенно быстрого похудения, что приводит к уменьшению околопочечного жира;
- чрезмерно тяжелой физической работы, чрезмерных силовых упражнений, последствий беременностей и трудных родов, травм;
- перенесенных системных инфекций соединительной ткани, повреждающих и ослабляющих почечные связи;
- деформаций поясничного отдела позвоночника и неправильной осанки.

Чаще всего патология возникает у молодого и среднего возраста людей от 20 до 40 лет, в подавляющем большинстве случаев у женщин астенического телосложения. Связочный аппарат левой почки более выражен за счёт фиксации левого изгиба ободочной кишки к нижнему полюсу селезёнки, поэтому преобладает нефроптоз справа, который диагностируется более чем у 70% из всех пациентов с этой патологией.

Достаточно большая часть пациентов имеют соматопсихогенные расстройства, которые формируются на почве течения заболевания. Данные отклонения проявляются как конверсионные симптомы, функциональные синдромы (органные неврозы) и психосоматические расстройства в более узком смысле (психосоматозы) и входят в структуру самостоятельных болезней под шифрами: F40 Тревожно-фобические расстройства; F41 Другие тревожные расстройства; F42 Обсессивно-компульсивное расстройство; F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации; F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства; F45 Соматоформные расстройства; F48 Другие невротические расстройства [1–19].

## Результаты

Что мы отметили у своих пациентов наряду с типичными проявлениями: у таких пациентов можно обнаружить слабость соединительной ткани, которая проявляется во многих органах, бывают: сколиоз, близорукость, недостаточность митрального клапана, недоразвитие и деформация ребер, гипермобильность суставов, рефлюксная болезнь, аксиальная грыжа пищевода, отверстия диафрагмы, опущение желудка, колоноптоз, спланхноптоз. Кроме этого, при динамических медицинских осмотрах школьников и призывников, иногда нефроптоз у подростков, которые слишком быстро растут, диагностируется и подтверждается с помощью УЗИ. В основном обнаруживается у субъектов астенического телосложения, чаще правосторонний процесс и по мере взросления патологическое смещение может постепенно исчезнуть.

Комбинация симптомов очень вариабельна, зависит от стадии, но нередко наблюдаются пациенты полярные по сочетанию: с выраженными анатомическими изменениями и скудной симптоматикой и наоборот – с малыми анатомическими изменениями и выраженной симптоматикой. Это особенно касается так называемых соматопсихогенных проявлений. Надо принципиально различать соматопсихические и психосоматические

расстройства, где принципиальная разница в первичном звене возникновения патологического состояния. Именно явная или скрытая патология, такая как нефроптоз, является собой первичное звено – болезнь стомы, которая через простые или сложнее пути воздействия на организм человека и вызывает красочные, необычные психические расстройства, которые могут при длительном присутствии приводить к искажению мнения пациентов и врачей о природе страдания. Похожи они потому, что оба типа расстройств есть результат сложного взаимодействия между физическим и психическим состояниями, они как бы переплетаются и влияние одного аспекта на другой может быть существенным. Важно разграничить различия между ними, что и почему является первичным в обоих случаях, связаны ли и могут ли влиять друг на друга в эмоциональной и физической сфере. На этом уровне и происходит неправильная оценка, как самими пациентами, так и врачами различных специальностей, к кому обращаются с данной патологией.

Условно соматопсихические болезни также подразделяют на две большие группы: соматогении и нозогении и их надо отличать. Отсюда, соматогения при нефроптозе – это следствие воздействия на центральную нервную систему характерных изменений, присущих патологии. Нозогения характеризуется психологической реакцией личности на заболевание и его вероятные последствия в виде гипонозогнозии – пренебрежительного отношения к своей болезни, лечению, недооценки симптомов болезни и гипернозоогнозии, сопровождающейся преувеличением значимости болезни и необходимости ее лечения, снижением настроения, депрессией, повышенной тревожностью, даже паническими атаками и фобией.

Наш длительный опыт показал, что пациенты впадают в ошибку вследствие продолжительного периода диагностики, неверия во врачей, в предполагаемый диагноз, особенно если разные врачи высказывают очень отличающиеся друг от друга заключения, неверие в выздоровление. Врачи, даже нефрологи и урологи, могут иметь недостаточно знаний об этой патологии, мало личного опыта. Также неверить, что малые анатомические изменения могут привести к такому тяжелому состоянию, могут оставаться в плену неточных, мало достоверных, неправильно или неполно проведенных инструментальных исследований, ошибочных заключений и др. Необдуманная фраза врача, слишком категоричное высказывание своего мнения может вызвать у больного выраженную психогенную реакцию, которая усугубляет уже имеющийся фон и сопровождается витальным страхом, паникой, выраженной тревогой, снижением настроения (то что мы называем «ятрогения»).

Часть подобных больных попадают во «врачебную карусель», когда такие больные начинают обращаться сами или им рекомендуют семейные (участковые) врачи консультации различных узких специалистов (государственных, платных), пациенты начинают «ходить по кругу», особенно надоедают первичному врачебному звену, далее они попадают к психологам, психоневрологам и даже психиатрам.

Очень характерный симптом при нефроптозе связан с изменением положения тела, которое происходит в обыденной жизни. И это недопонимают ни пациенты, ни доктора. По нашим данным 42,3 % довольно чётко подтверждают именно такой период, и происходящие изменения общего состояния, причём в различной комбинации ощущений, но при анализе всё сводится к одному.

Характерный пример с пациенткой М. 34 лет, любящая дочь, жена, мама двоих детей, предъявляла жалобы на частую смену настроения, плаксивость, непреодолимое бессилие, вспыльчивость, конфликты из-за пустяков, за которые сама себя корила, неуживчивость на службе, в связи с чем сменила несколько мест работы, была на грани полной потери трудоспособности, распада семьи. Обоая близких, замечала, что всё больше и больше и они раздражают её, а она не может понять себя и выровнять ситуацию. Неоднократно лечилась стационарно в психоневрологическом отделении, после стационарного пребывания отмечала улучшение, но по возвращению в реальную жизнь, всё возобновлялось, причём в последнее время светлый промежуток уже составлял буквально 2–3 дня. Появились мысли о суициде, но никому не говорила об этом. Несмотря на то, что в 25 лет ей уже выставляли диагноз правосторонний нефроптоз, вначале первой степени, затем второй. Клиническая картина нефроптоза проявлялась незначительным болевым синдромом в поясничной области справа, стала мочиться чаще по ночам. Прошла исследования: УЗДГ сосудов почек – скорость кровотока в почечной артерии справа снижается в 2 раза с 79,3 до 39,3 см/сек. при изменении положения тела с горизонтального к вертикальному, слева скорость – 78,4 и 76,5 см/сек. соответственно; на экскреторной урографии по привычной схеме подтверждён нефроптоз 2–3 степени, незначительное расширение чашечно-лоханочной системы справа без нарушения мочеиспускания. За почти десятилетие неоднократно комплексно обследовалась лабораторно, с применением высокоинформативных методов: УЗИ, УЗДГ, КТ, МРТ, экскреторная урография, перечень консультантов различного уровня и специальностей составил не один десяток. Однако на первый план врачами выводились невротические расстройства, которыми и объясняли болезненное состояние пациентки. Случайно, во время ожидания приёма в поликлинике, заговорила с пациенткой, которая сказала ей, что тоже ранее наблюдалась только у урологов, была консультирована хирургом и оперирована в хирургической клинике, предложила и ей посоветоваться. Изучая её все медицинские документы, мы обнаружили все те недостатки, что описаны нами выше. Мы увидели, что: на УЗИ и снимках отражено постепенное опускание правой почки, но не отмечено наличие ротации, на вертикальных снимках через 15–20 минут после введения контраста уже не видны были мочеточники – судить о нарушении оттока по ним было невозможно. Заключение урологов были расплывчатые, чисто констатирующие о наличии нефроптоза. Никто из специалистов не ставил вопрос о наличии соматопсихогенного характера

страдания. Мы задали, пожалуй, самый неожиданный для пациентки вопрос, который поверг её в определённый шок: вот Вы просыпаетесь утром, сон плохой Вам не снится, в доме тихо, спокойно, вы в блаженстве задумались, что всё хорошо-то как, наверное, болезнь отступила, сейчас встану, всё переделаю, накормлю, с удовольствием пойду на работу; поднялись, начинаете заниматься по дому, и через 15–20 минут всё меняется на противоположное, прежнее состояние вернулось. Ответ был: «Раньше 15-ти! А Вы откуда знаете? Так и есть! Я становлюсь никакая, и начинает в голове даже стучать». По нашему мнению, это важнейший симптом для этого страдания, он встречается у многих в разной степени. Объяснение ему простое: в горизонтальном положении в почке не нарушается ни кровоток, ни мочевыводящий, она как бы отдыхает; при переходе в вертикальное положение патологический кровоток провоцирует изменение общего состояния. Но не все врачи и пациенты верят в такое влияние нефроптоза. Этим же объясняется улучшение состояния пациентки после стационарного пребывания, во время которого она фактически 90 % времени находилась в лежачем положении на процедурах, при чтении книг и проч. По нашему мнению, объяснение этому кроется в особенностях кровотока и работы почек. Ведь через почки циркулирует  $\frac{1}{4}$  часть крови, а это за сутки около 1,5 тонны, в почках образуется около 200 литров первичной мочи с исходом в 1,5–2 литра выделенной мочи. То есть, идёт колоссальная по напряжению работа, и сбой в этой системе заявляет о себе непривычными проявлениями, в которые сложно поверить. После проведённой операции нефропексии пациентка впервые за много лет почувствовала себя совершенно здоровой независимо от положения тела. «Операция вдохнула в меня жизнь» – это её слова буквально в ближайшие дни после операции.

Второй клинический пример: Больной Ч. – 42 лет, автомеханик, прошёл похожий путь, что и пациентка, описанная выше. Он не мог нормально трудиться, тем более профессия связана с постоянным изменением положения тела при выполнении ремонта авто, ему приходилось периодически буквально падать на кушетку, чтобы дожидаться небольшого улучшения состояния, чтобы продолжить работу. Появились немотивированные перепады настроения, появилась вспыльчивость, раздражительность, стал срываться на родных, появились скандалы на работе и в семье, 4 месяца находился на лечении в психиатрической больнице, куда добровольно согласился госпитализироваться, не получив существенного улучшения. После операции полностью восстановил трудоспособность и адаптацию в семье и обществе.

## Заключение

Такая патология как нефроптоз необычна по своей симптоматике, вплоть до соматопсихогенных проявлений, пациенты нередко проделывают большой, трудный путь диагностики, есть ещё много недоработок в диагностическом процессе и понимании докторов

о необычности этого страдания, которое запутывает даже узких специалистов на этапе диагностики и первичного лечения.

#### Список литературы / References

1. Березанцев А. Ю. Соматопсихические и психосоматические расстройства: вопросы систематики и синдромологии (клинико-психологический аспект). // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 1. URL: <http://medpsy.ru>
2. Berezantsev A. Yu. Somatopsychic and psychosomatic disorders: issues of taxonomy and syndromology (clinical and psychological aspect). // Medical Psychology in Russia: electronic. scientific journal. 2011. N 1. URL: <http://medpsy.ru>
3. Ванчакова Н. П. Психические и психосоматические расстройства у больных с разной степенью тяжести заболеваний почек и проблемами адаптации. Нephrology. <https://doi.org/10.24884/1561-6274-2002-6-4-25-33>
4. Vanchakova N. P. Mental and psychosomatic disorders in patients with varying severity of kidney disease and adaptation problems. Nephrology. <https://doi.org/10.24884/1561-6274-2002-6-4-25-33>
5. Воронова, Е. И. Реактивные (психогенные) депрессии / Е. И. Воронова, Э. Б. Дубницкая // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова – 2015. – Т. 115 – № 2 – С. 75–85.
6. Voronova, E. I. Reactive (psychogenic) depression / E. I. Voronova, E. B. Dubnitskaya // Journal of Neurology and Psychiatry named after S. S. Korsakov – 2015. – Vol. 115 – No. 2 – P. 75–85.
7. Гадисов, Т. Г. Механизмы синдромаобразования при расстройствах личности 14.01.06 – «психиатрия». Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Тимур Гамидович Гадисов // Москва. 2021. 165 с.
8. Gadisov, T. G. Mechanisms of syndrome formation in personality disorders 14.01.06 – «psychiatry». Dissertation for the degree of candidate of medical sciences / Timur Gamidovich Gadisov // Moscow. 2021. 165 p.
9. Ганнушкин, П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. / П. Б. Ганнушкин – Н. Новгород.: Меднига, 2000. – 124 с.
10. Gannushkin, P. B. Clinic of psychopathies, their statics, dynamics, systematics. / P. B. Gannushkin – N. Novgorod.: Medniga, 2000. – 124 p.
11. Леденев, В. В. Совершенствование диагностики нефроптоза / В. В. Леденев, Н. В. Нуднов // Москва. Адрес документа для ссылки: [http://vestnik.mcr.ru/papers/ledenev\\_v13.htm](http://vestnik.mcr.ru/papers/ledenev_v13.htm)
12. Ledenev, V. V. Improving the diagnostics of nephroptosis / V. V. Ledenev, N. V. Nudnov // Moscow. Document address for reference: [http://vestnik.mcr.ru/papers/ledenev\\_v13.htm](http://vestnik.mcr.ru/papers/ledenev_v13.htm)
13. Лифинцева, А. А. Психосоциальные факторы психосоматических нарушений у детей и подростков 19.00.13 – Психология развития, акмеология 19.00.04 – Медицинская психология / Алла Александровна Лифинцева // АВТОРЕФЕРАТ диссертации на соискание ученой степени доктора психологических наук Москва – 2015.

Lifintseva, A. A. Psychosocial factors of psychosomatic disorders in children and adolescents 19.00.13 – Developmental Psychology, Acmeology 19.00.04 – Medical Psychology / Alla Aleksandrovna Lifintseva // ABSTRACT of the dissertation for the degree of Doctor of Psychological Sciences Moscow – 2015.

8. Панические атаки. / А. М. Вейн, Г. М. Дюкова, О. В. Воробьева, А. Б. Данилов // М.: Эйдос Медиа. 2004. С. 408
9. Panic attacks. / A. M. Vein, G. M. Dyukova, O. V. Vorobyova, A. B. Danilov // M.: Eidos Media. 2004. S. 408
10. Руденко, Д. Н. Обследование пациента с урологической патологией. Учебно-методическое пособие / Д. Н. Руденко, И. А. Скобеус, А. В. Строцкий. – Минск: БГМУ, 2021 – С. 23
11. Rudenko, D. N. Examination of a patient with urological pathology. Tutorial / D. N. Rudenko, I. A. Skobeyus, A. V. Strotsky. – Minsk: BSMU, 2021. S. 23
12. Румянцева, Г. М. Клиническая эффективность препарата «Рексетин» (пароксетин) при расстройствах тревожного спектра / Г. М. Румянцева, А. А. Степанов, Т. М. Левина // Психиатрия и психофармакотерапия. 2005. Т. 7. № 6. С. 36–49.
13. Rumyantseva, G. M. Clinical efficacy of the drug «Rexetin» (paroxetine) in anxiety spectrum disorders / G. M. Rumyantseva, A. L. Stepanov, T. M. Levina // Psychiatry and psychopharmacotherapy. 2005. Vol. 7. No. 6. P. 36–49
14. Табеева, Г. Р. Тревожные расстройства и опыт / Г. Р. Табеева, Ю. Э. Азимова // Ссылка от 6.05.2024 г. <https://www.lvach.ru/2009/05/9211104>
15. Tabeeva, G. R. Anxiety disorders and experience / G. R. Tabeeva, Yu. E. Azimova // Link from 05/06/2024. <https://www.lvach.ru/2009/05/9211104>
16. A comparison between transabdominal ultrasonographic and cystourethroscopy findings in adult Sudanese patients presenting with haematuria / F. O. Ahmed [et al.] // Int. Urol. Nephrol. 2014 Vol. 47223 p.
17. Diagnosis and management of ureteric injury: an evidence-based analysis / S. Brandes [et al.] // BJU Int. 2004 Vol. 94277 p.
18. EAU Guidelines on Urolithiasis, in European Association of Urology Guidelines / C. Türk [et al.]. Arnhem: EAU Guidelines Office. Mode of access: <https://uroweb.org>. Date of access: 03.03.2020.
19. Pelvic fracture urethral injury in males – mechanisms of injury, management options and outcomes / R. C. Barratt [et al.] // Transl. Androl. Urol. 2018 Vol. 7 S29 p.
20. Pollack, M. H. Treatment of panic disorder: focus on paroxetine / M. H. Pollack, A. C. Doyle // Psychopharmacology Bulletin. 2003. V. 37 (Suppl. 1). P. 53–63.
21. The distinction between symptoms and traits in the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) / C. G. DeYoung, M. Chmielewski, L. Anna, C. David, R. Kotov, R. F. Krueger, D. R. Lynam, K. E. Markon, J. D. Miller, S. N. M. Douglas, M. Sellbom, S. C. South, K. M. Thomas, D. Watson // J. Pers. – 2020. – Т. 00 – С. 1–14.
22. The network approach to psychopathology: a review of the literature 2008–2018 and an agenda for future research / D. Robinaugh, R. H. Hoekstra, E. Toner, D. Borsboom // Psychol. Med. – 2020. – Т. 50. – №. 3. – С. 353–366.
23. The silence of the stones: asymptomatic ureteral calculi / F. Wimpissinger [et al.] // J. Urol. 2007 Vol. 1781341 p.

Статья поступила / Received 03.07.2024

Получена после рецензирования / Revised 20.07.2024

Принята к публикации / Accepted 10.10.2024

#### Сведения об авторах

**Баулина Ольга Александровна**, к.м.н., заместитель директора по региональному здравоохранению, доцент кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н. А. Баулина<sup>1</sup>. E-mail: [olga.kosenko@mail.ru](mailto:olga.kosenko@mail.ru). ORCID: 0000-0002-7150-050X

**Антропов Андрей Юрьевич**, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии, психиатрии-наркологии, психотерапии<sup>1</sup>. E-mail: [a\\_ju\\_a@mail.ru](mailto:a_ju_a@mail.ru). ORCID: 0009-0008-9806-4067

**Гуляев Андрей Андреевич**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургии и эндоскопии имени профессора Н. А. Баулина<sup>1</sup>, главный научный сотрудник научного отделения неотложной хирургии, эндоскопии и интенсивной терапии<sup>2</sup>, профессор кафедры неотложной и общей хирургии имени профессора А. С. Ермолова<sup>3</sup>. E-mail: [andgulyaev@yandex.ru](mailto:andgulyaev@yandex.ru). ORCID: 0000-0002-6913-0933

**Баулин Анатолий Афанасьевич**, д.м.н., профессор кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н. А. Баулина<sup>1</sup>. E-mail: [baoulin@mail.ru](mailto:baoulin@mail.ru). ORCID: 0000-0002-3535-9983

**Баулин Владимир Анатольевич**, к.м.н., доцент кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н. А. Баулина<sup>1</sup>. E-mail: [voviku1984@mail.ru](mailto:voviku1984@mail.ru). ORCID: 0000-0003-2435-9555

**Аверьянова Людмила Анатольевна**, заведующий приемным отделением, хирург-эндоскопист отделения ультразвуковой диагностики<sup>4</sup>, аспирант кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н. А. Баулина<sup>1</sup>. E-mail: [mila.averia@mail.ru](mailto:mila.averia@mail.ru). ORCID: 0000-0001-9165-6555

#### About authors

**Baulina Olga A.**, PhD Med, deputy director for Regional Healthcare, associate professor at Dept of Surgery and Endoscopy named after Professor N. A. Baulin<sup>1</sup>. E-mail: [olga.kosenko@mail.ru](mailto:olga.kosenko@mail.ru). ORCID: 0000-0002-7150-050X

**Antropov Andrey Yu.**, DM Sci (habil.), associate professor, head of Dept of Psychiatry, Psychiatry-Narcology, Psychotherapy<sup>1</sup>. E-mail: [a\\_ju\\_a@mail.ru](mailto:a_ju_a@mail.ru). ORCID: 0009-0008-9806-4067

**Gulyaev Andrey A.**, DM Sci (habil.), professor, head of Dept of Surgery and Endoscopy named after Professor N. A. Baulin<sup>1</sup>, chief researcher at Dept of Emergency Surgery, Endoscopy and Intensive Care<sup>2</sup>, professor at Dept of Emergency and General Surgery named after professor A. S. Ermolov<sup>3</sup>. E-mail: [andgulyaev@yandex.ru](mailto:andgulyaev@yandex.ru). ORCID: 0000-0002-6913-0933

**Baulin Anatoly A.**, DM Sci (habil.), professor at Dept of Surgery and Endoscopy named after professor N. A. Baulin<sup>1</sup>. E-mail: [baoulin@mail.ru](mailto:baoulin@mail.ru). ORCID: 0000-0002-3535-9983

**Baulin Vladimir A.**, PhD Med, associate professor at Dept of Surgery and Endoscopy named after professor N. A. Baulin<sup>1</sup>. E-mail: [voviku1984@mail.ru](mailto:voviku1984@mail.ru). ORCID: 0000-0003-2435-9555

**Averyanova Lyudmila A.**, head of Admissions Dept, endoscopist surgeon of Ultrasound Diagnostics Dept<sup>4</sup>, postgraduate student of Dept of Surgery and Endoscopy named after professor N. A. Baulin<sup>1</sup>. E-mail: [mila.averia@mail.ru](mailto:mila.averia@mail.ru). ORCID: 0000-0001-9165-6555

<sup>1</sup> Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Пенза, Россия

<sup>2</sup> ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Россия

<sup>3</sup> ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

<sup>4</sup> ГБУЗ «Клиническая больница № 6 имени Г. А. Захарьина, Пенза, Россия

**Автор для переписки:** Баулина Ольга Александровна. E-mail: [olga.kosenko@mail.ru](mailto:olga.kosenko@mail.ru)

<sup>1</sup> Penza Institute for Advanced Medical Studies – branch of Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Penza, Russia

<sup>2</sup> N. V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Medicine, Moscow, Russia

<sup>3</sup> Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow, Russia

<sup>4</sup> G. A. Zakharyin Clinical Hospital No 6, Penza, Russia

**Corresponding author:** Baulina Olga A. E-mail: [olga.kosenko@mail.ru](mailto:olga.kosenko@mail.ru)

**Для цитирования:** Баулина О. А., Антропов А. Ю., Гуляев А. А., Баулин А. А., Баулин В. А., Аверьянова Л. А. Соматопсихогенные проявления нефроптоза. Медицинский алфавит. 2024; (23): 70–73. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-23-70-73>

**For citation:** Baulina O. A., Antropov A. Yu., Gulyaev A. A., Baulin A. A., Baulin V. A., Averyanova L. A. Somatopsychogenic manifestations of nephroptosis. Medical alphabet. 2024; (23): 70–73. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-23-70-73>