

Клініко-лабораторна характеристика хронічного простатиту / синдрому хронічного тазового болю

К.Р. Нуріманов¹, О.А. Недогонова¹, М.А. Щербань²

¹«ДУ «Інститут урології імені академіка О.Ф. Возіанова НАМН України» (раніше – ДУ «Інститут урології НАМН України»), м. Київ

²Медичний центр «Медбуд», м. Київ

Хронічний простатит / синдром хронічного тазового болю (ХП/СХТБ) – поширене урологічне захворювання, яке є найбільш частою клінічною формою ХП. Поєднання в його патогенезі хронічного запалення передміхурової залози (ПЗ) та хронічного болю створює складності в діагностиці та лікуванні. Даний огляд має на меті висвітлити сучасні підходи та інструменти діагностики, що найбільш вживані в практиці уролога.

У статті подано основні клінічні прояви, сучасну класифікацію та методи дослідження хворих на ХП/СХТБ. Розглянуто клініко-лабораторні ознаки окремих форм простатиту з акцентом на спільні прояви хронічного бактеріального простатиту та ХП/СХТБ. Проаналізовано діагностичні критерії, основи лабораторної та диференційної діагностики ХП. Особливу увагу приділено методам лабораторної діагностики ХП/СХТБ (оцінка результатів повторних мікроскопічних та культуральних обстежень секрету ПЗ, еякуляту та постмасажної сечі).

Представлено анкетування пацієнтів для об'єктивізації та моніторингу їхніх скарг; можливості індивідуалізації лікування згідно з фенотипом пацієнта та втілення мультимодального підходу при наданні медичної допомоги хворим на простатит. Проаналізовано особливості спілкування з пацієнтом та найбільш вживані шкали оцінки стану хворого як інструмент об'єктивізації скарг. Представлено місце інструментальних методів у діагностичному алгоритмі при ХП.

Ключові слова: хронічний простатит, синдром хронічного тазового болю, класифікація простатиту, клінічні прояви простатиту, анкетування, лабораторні критерії простатиту, диференційна діагностика.

Clinical and laboratory characteristics of chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome

K.R. Nurimanov, O.A. Nedogonova, M.A. Shcherban

Chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome is a common urological disease that is the most common clinical form of chronic prostatitis. The combination in its pathogenesis of chronic inflammation of the prostate and chronic pain creates difficulties in diagnosis and treatment. This review aims to highlight modern approaches and diagnostic tools most commonly used in the practice of urology.

The article presents the main clinical manifestations, modern classification and methods of research of patients with chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome. Clinical and laboratory signs of certain forms of prostatitis with emphasis on the joint manifestations of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome are considered. Diagnostic criteria, bases of laboratory and differential diagnosis of chronic prostatitis are considered. Particular attention is paid to the difficulties of laboratory diagnosis of chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome, in particular, evaluation of the results of repeated microscopic and cultural examinations of the secretion of the prostate, ejaculate and post-massage urine.

The actual questionnaire of patients for objectification and monitoring of their complaints is presented; the possibility of individualization of treatment according to the patient's phenotype and the implementation of a multimodal approach to the provision of medical care for prostatitis.

The peculiarities of communication with the patient and the most common scales for assessing the condition of patients as a tool for objectifying complaints are presented. The place of instrumental methods in the diagnostic algorithm for chronic prostatitis is presented.

Keywords: chronic prostatitis, chronic pelvic pain syndrome, classification of prostatitis, clinical manifestations of prostatitis, questionnaire, laboratory criteria for prostatitis, differential diagnosis.

Діагностика больових синдромів, крім об'єктивних даних, заснована на оцінюванні суб'єктивної інформації, яка включає скарги на біль у ділянці таза протягом мінімум 3 міс за відсутності іншої патології. Це визначає необхідність виключення специфічних захворювань, пов'язаних з тазовим боєм, які можуть бути викликані інфекцією, онкологічними захворюваннями, ортопедичними, ревматологічними розладами тазових органів, нервовою патологією, вживанням лікарських засобів тощо. У чоловіків одним з найбільш

значущих захворювань, що пов'язане з хронічним боєм, є простатит.

Протягом життя від симптомів простатиту страждають 35–50% чоловіків. За результатами систематичного огляду літератури, поширеність симптомів простатиту становить 8,2% [1, 2]. Хронічними формами простатиту за визначенням Національного інституту здоров'я США (НИ; табл. 1) є хронічний бактеріальний простатит (ХБП; категорія II) та хронічний простатит / синдром хронічного тазового болю (ХП/СХТБ; категорія III) [3, 4].

Слід зазначити, що «підвищений» рівень лейкоцитів у полі зору при великому збільшенні (400) звичайно відповідає 10 та більше як в секреті передміхурової залози (ПЗ), так і в спермі або постмасажній сечі. Водночас відомо, що у 20% чоловіків групи безсимптомного контролю спостерігається більше 10 лейкоцитів у полі зору, а у 40% – більше 5. Однак це статистично значуще рідше, ніж при ХП/СХТБ, тому використання поняття підвищеного рівня лейкоцитів відповідає клініко-діагностичним потребам.

Водночас уропатогенні бактерії виявляють у 8% пацієнтів з ХП/СХТБ, що повинно змінити їхній діагноз на «Хронічний бактеріальний простатит». У групі безсимптомного контролю уропатогени також виділялись у 8,3% чоловіків [5, 6].

Кількісна оцінка виявлених бактерій має свої особливості. Ознакою клінічно значущої бактеріальної інфекції вважають концентрацію, що дорівнює або перевищує 10^4 КУО/мл. У літературі зустрічаються як менші, так і більші значення, що відповідно впливає на чутливість та специфічність діагностичного алгоритму [7].

Характерною рисою ХП/СХТБ є відсутність зв'язку між об'єктивними патологічними змінами в організмі та клінічними ознаками важкості перебігу захворювання. Так, у пацієнта зі значними змінами тканини ПЗ скарги можуть бути легкі або відсутні, а у випадках з мінімальними об'єктивними проявами захворювання фіксують важкі симптоми простатиту. Не спостерігається зв'язку між вмістом лейкоцитів і бактерій та важкістю симптомів у чоловіків з простатитом [8]. Симптоми ХП/СХТБ та ХБП представлені в табл. 2.

Ультрасонографічні та гістологічні знахідки, такі, як фіброз та кальцифікація тканини ПЗ, зазвичай відповідають її глибокому ураженню. Водночас дані про наявність клінічно значущого зв'язку між їх наявністю та інтенсивністю симптомів простатиту суперечливі [9–11].

Стан пацієнтів з ХП/СХТБ може змінюватись в межах підкатегорій (IIIa та IIIb), але це мало впливає на подальше клінічне лікування. Невелика частка пацієнтів з часом може переходити в іншу категорію, що зумовлено як динамікою інфекційного та запального процесів, так і недоліками діагностичних методик. Ці зміни діагнозу значно впливають на рекомендоване лікування.

Пацієнтів можна умовно розподілити на тих, що перебувають:

1) на ранніх стадіях захворювання, коли симптоми простатиту тривають менше 6 міс, а пацієнти раніше не отримували антибіотиків;

2) на пізніх стадіях захворювання, якщо вони відчували стійкі симптоми більше 6 міс рефрактерні до початкової фармакотерапії (наприклад, обґрунтованої нами базової фармакотерапії). Саме ці пацієнти можуть отримати покращення стану від препаратів другої лінії [12].

Фізикальне обстеження хворого полягає насамперед у пальцевому ректальному дослідженні, під час якого визначаються характеристики ПЗ, сім'яних міхурців (незбільшені/збільшені; безболісні / підвищеної чутливості/болісні; еластичні/тітуваті/ущільнені; однорідні/неоднорідні; симетричні/асиметричні) та м'язів промежини (болісні/безболісні; звичайного / підвищеного тону; з тригерними точками). Додатково рекомендують провести пальпацію живота, оцінити стан сечового міхура, зовнішніх статевих органів.

Для експрес-діагностики ІСШ та/або гематурії зручно користуватись тест-смужками [15, 46]. «Золотим стандартом» діагностики (або виключення) бактеріальної інфекції при ХП вважається 4-склянковий тест (Meares-Stamey). Під час його проведення перша порція сечі (VB1) відображає стан інфекції та запалення в сечівнику, друга порція (VB2) – в сечовому міхурі, секреті ПЗ та постмасажна третя порція (VB3) – стан простати [47]. Пізніше було показано, що тест з двома склянками (VB2 і VB3) [24], а також дослідження мазка із сечівника в поєднанні з аналізом сечі після масажу ПЗ (VB3) мають подібну діагностичну чутливість [48].

Поряд з однозначністю клінічної картини ПЗ через розбіжність результатів аналізів різних матеріалів (секрету ПЗ, сперми та постмасажної сечі) можуть виникати складнощі в їхньому трактуванні та встановленні діагнозу. Крім того, зустрічаються випадки, коли проведення повторного лабораторного обстеження може не підтвердити встановлений попередній діагноз.

Було проаналізовано відповідність результатів досліджень секрету ПЗ, еякуляту і постмасажної сечі та показано вірогідність їхнього неповного збігу. Дослідження бактеріальної забрудненості постмасажної

Таблиця 1

Класифікація простатиту, розроблена Національним інститутом здоров'я (NIH) [3]

Категорія NIH	Характеристика
I: Гострий бактеріальний простатит	Гостра інфекція передміхурової залози
II: Хронічний бактеріальний простатит (ХБП)	Хронічна бактеріальна інфекція передміхурової залози
III: Хронічний простатит / синдром хронічного тазового болю (ХП/СХТБ, хронічний абактеріальний простатит)	Хронічне запалення передміхурової залози без бактеріальної інфекції
IIIa: запальний ХП/СХТБ	Підвищений вміст лейкоцитів у спермі та/або секреті передміхурової залози (СПЗ) або сечі після масажу передміхурової залози – постмасажній сечі (ПМС)
IIIb: незапальний ХП/СХТБ	У спермі / СПЗ/ПМС вміст лейкоцитів у межах норми (<10 в полі зору)
IV: Безсимптомний запальний простатит	Суб'єктивні симптоми відсутні. Запалення, що виявляють при біопсії передміхурової залози або за наявності підвищеного вмісту лейкоцитів у СПЗ /спермі при обстеженні у зв'язку із сексуальною дисфункцією, безплідністю або захворюванням статевих органів партнера

Симптоми ХП/СХТБ та ХБП [13]

<p>Симптоми болю [14, 15, 16, 17, 18]</p> <p>Біль або дискомфорт в одній або декількох ділянках:</p> <ul style="list-style-type: none"> - промежині - надлонній області <p>- яєчках, статевому члені (особливо біль у голівці статевого члена)</p> <ul style="list-style-type: none"> - попереку, животі - паховій області - прямій кишці, анусі 	<p>Найбільш поширеною локалізацією болю є ділянка промежини (63% пацієнтів), рідше – ділянки яєчок, лона і статевого члена [18].</p> <p>Тести на кореляцію між доменами симптомів NIH-CPSI свідчать, що урогенітальний біль має більший вплив на якість життя, ніж на симптоми сечовипускання [18].</p> <p>Синдром подразненого кишечника у 22–31% пацієнтів з ХБП або ХП/СХТБ може збільшити інтенсивність симптомів болю [17, 19, 20]</p>
Біль при сечовипусканні, та/або посилюється при сечовипусканні	
Біль під час або після еякуляції	
М'язова болючість або дисфункція в ділянці живота/таза	
Невропатичний біль	
Функціональні розлади кишечника (наприклад синдром подразненого кишечника)	<p>Один або більше симптомів порушення сечовипускання спостерігається у 39–68% пацієнтів з ХП [21, 22].</p> <p>У деяких пацієнтів спостерігаються рецидивуючі ІСШ [23, 25]</p>
Сечові симптоми [14, 15, 21–24]	
Порушення виведення сечі (утруднення, слабкий потік, необхідність напруження)	
Порушення утримання сечі (імперативні позиви, нетримання сечі, збільшення частоти сечовипускання, ніктурія)	
Печіння в сечівнику під час і незалежно від сечовипускання	
Гемоспермія	<p>Про повну або часткову ЕД повідомляють 15–55% пацієнтів із ХП/СХТБ [26, 35–37].</p> <p>При самооцінці свого стану пацієнтом поширеність сексуальної дисфункції вища і становить 46–92% [26, 27, 35, 38].</p> <p>Дослідження кореляційних зв'язків симптомів сексуальної дисфункції з показниками NIH-CPSI свідчать, що пацієнти з ХП/СХТБ і сексуальною дисфункцією мають вищі показники загальної оцінки NIH-CPSI та домену порушення якості життя [32, 35–37, 39, 40]. Однак в одному дослідженні було показано, що наявність ЕД не впливає на інтенсивність симптомів простатиту та якість життя у пацієнтів з ХП/СХТБ [41]</p>
Рецидивуючі ІСШ (більш характерні для ХБП)	
Симптоми сексуальної дисфункції [21, 26–34]	
Еректильна дисфункція	<p>ХБП і ХП/СХТБ можуть мати значний негативний вплив на якість життя, потенційно спричиняючи обмеження активності пацієнта.</p> <p>Якість життя пацієнтів із ХБП або ХП/СХТБ була такою ж низькою, як і у пацієнтів із застійною серцевою недостатністю або хворобою Крона [4].</p> <p>Депресія і тривога значно впливають на стан пацієнтів із ХБП та ХП/СХТБ [14, 42]. Депресія, тривожний і панічний розлади значно частіше зустрічаються у чоловіків із хронічними симптомами порівняно з контрольною групою. Для їх оцінки використовують Опитувальник здоров'я пацієнтів (RHQ) [46] або інші психометричні опитувальники (наприклад, шкала сприйнятого стресу) [33, 44, 45].</p> <p>Крім того, пацієнти з ХП/СХТБ можуть відчувати біль як катастрофу (негативну когнітивно-афективну відповідь на очікуваний або фактичний біль), що збільшує больові прояви і проблеми якості життя та ризик хронізації болю [46].</p>
Порушення еякуляції (передчасна, затримка або біль під час або після еякуляції)	
Зниження лібідо	
Психосоціальні симптоми [3, 25, 36, 37, 39, 40]	
Тривога	<p>ХБП і ХП/СХТБ можуть мати значний негативний вплив на якість життя, потенційно спричиняючи обмеження активності пацієнта.</p> <p>Якість життя пацієнтів із ХБП або ХП/СХТБ була такою ж низькою, як і у пацієнтів із застійною серцевою недостатністю або хворобою Крона [4].</p> <p>Депресія і тривога значно впливають на стан пацієнтів із ХБП та ХП/СХТБ [14, 42]. Депресія, тривожний і панічний розлади значно частіше зустрічаються у чоловіків із хронічними симптомами порівняно з контрольною групою. Для їх оцінки використовують Опитувальник здоров'я пацієнтів (RHQ) [46] або інші психометричні опитувальники (наприклад, шкала сприйнятого стресу) [33, 44, 45].</p> <p>Крім того, пацієнти з ХП/СХТБ можуть відчувати біль як катастрофу (негативну когнітивно-афективну відповідь на очікуваний або фактичний біль), що збільшує больові прояви і проблеми якості життя та ризик хронізації болю [46].</p>
Депресія	
Когнітивні / поведінкові наслідки	
Зниження якості життя	

Примітки: ЕД – еректильна дисфункція;
 СПК – синдром подразненого кишечника;
 ІСШ – інфекція сечовивідних шляхів.

сечі або еякуляту за неможливості отримання секрету ПЗ статистично не знижувало вірогідність виявлення інфекції. Водночас було виявлено значущу різницю результатів мікроскопічної оцінки вмісту лейкоцитів залежно від дослідженого матеріалу. Вірогідність виявлення підвищеного вмісту лейкоцитів зменшена при дослідженні еякуляту та постмасажної сечі, порівняно з аналізом секрету ПЗ.

Результати мікроскопії були підтверджені повторним аналізом в 92% випадків ($p > 0,05$), результати культурального дослідження – в 94% випадків ($p > 0,05$). При повторній мікроскопії секрету ПЗ (отриманого через 1–3 дня після першого візиту) підвищений вміст лейкоцитів було виявлено у 12% здорових добровольців (у результаті був діагностований безсимптомний простатит), а також у 8% пацієнтів з незапальним ХП/СХТБ (діагностований запальний ХП/СХТБ відповідно). У пацієнтів із запальним ХП/СХТБ підвищений вміст лейкоцитів у секреті ПЗ було підтверджено повторним обстеженням у більшості (86%) пацієнтів.

Отже, статистичної значущої різниці результатів первинних і повторних аналізів вивчених матеріалів не виявлено. Однак виявлені відмінності можуть мати клінічне значення у конкретного пацієнта.

Вважаємо, що важливим аспектом діагностики ХП є відтворюваність результатів аналізів та вплив на неї «людського фактора». У зв'язку з цим необхідно зазначити, що клінічно значущої різниці під час оцінювання мікропрепаратів, виконаного незалежно двома різними досвідченими спеціалістами, ми не виявили.

Отримані дані відповідають результатам дослідження J.N. Krieger та співавторів [49], в якому вивчали відтворюваність культурального обстеження пацієнтів із симптомами ХП. Слід зазначити, що з 470 пацієнтів із симптомами ХП у 29 (6%) осіб було виявлено 10-кратне збільшення концентрації грампозитивних бактерій у постмасажній сечі (VB3) або секреті ПЗ порівняно з культурами першої порції сечі (VB1). Крім того, 49 пацієнтів із симптомами простатиту пройшли повторне обстеження, в результаті чого у 20 з них були підтверджені негативні результати виділення культури. Водночас повторне обстеження 29 пацієнтів з попередньо виявленою грампозитивною інфекцією у 27 (94%) випадках не підтвердило її наявності. Три- і чотириразове обстеження, проведене у 9 пацієнтів, в одному зі зразків обов'язково виявляло збільшення вмісту мікроорганізмів. Автори вважають за необхідне удосконалення діагностичних і лікувальних підходів.

Застосування визначення цитокінів для діагностики ХП/СХТБ дискутується, хоча використовується тільки в наукових дослідженнях через значний діапазон їхнього вмісту в біологічних рідинах як в нормі, так і за наявності ХП/СХТБ. Ми спостерігали суттєву різницю між показниками групи здорових добровольців і пацієнтів із ХП/СХТБ. Однак результати визначення цитокінів дещо відрізняються навіть порівняно з аналогічними тестами у двох наших дослідженнях [12, 50]. Це ускладнює широке застосування цих методик.

Лікувальні підходи можуть мати перевагу, якщо будуть враховувати можливість діагностичних неточностей і надавати лікувальний ефект незалежно від них.

Враховуючи значний збіг симптомів ХБП і ХП/СХТБ із симптомами інших станів, надважливо застосовувати диференціальну діагностику [15, 42], яка передбачає виключення:

- урогенітального та ректального раку;
- абсцесу ПЗ;
- запальних захворювань сечовивідних шляхів (цистити, уретриту);
- стриктури сечівника;
- доброякісної гіперплазії ПЗ;
- сечового конкременту або стороннього тіла сечовивідних шляхів;
- пудендальної невралгії;
- орхоепідидиміту;
- туберкульозу ПЗ;
- неврологічних та психіатричних захворювань.

Для виключення інших захворювань може використовуватись весь арсенал лабораторних та інструментальних обстежень, однак в більшості випадків обмежуються оцінкою найбільш важливих показників. Тестування ПСА дозволяє ефективно запідозрити, а біопсія ПЗ виявити або виключити рак ПЗ. Полімеразна ланцюгова реакція та мікроскопія мазка сечівника / першої порції сечі – інфекції, що передаються статевим шляхом.

Діагностична цистоскопія оцінює ризик раку сечового міхура. Урофлоуметрія, ретроградна уретрографія або цистоскопія виявляють інфравезикальну обструкцію, стриктури сечівника або стеноз шийки сечового міхура. Трансректальна ультрасонографія та магнітно-резонансна томографія рекомендовані тільки у рефрактерних випадках, у яких підозрюється абсцес передміхурової залози або інша «об'ємна» патологія. Зазвичай вони не мають переваг перед трансабдомінальним ультразвуковим дослідженням і не дають додаткової інформації.

Рутинне неврологічне обстеження дозволяє виключити або запідозрити відповідну патологію, зокрема тунельні синдроми тазового поясу. Електронейроміографія та визначення викликаних потенціалів в окремих випадках можуть бути корисні для підтвердження неврологічної природи скарг хворого.

Ректальне обстеження м'язів промежини та спеціальні проби дозволяють оцінити гіпертонус та наявність тригерних точок у м'язах тазового поясу. Ці дані доповнюють характеристику стану пацієнта.

Рекомендується також консультація ортопеда-травматолога для оцінювання стану опорно-рухового апарату та його внеску в больову симптоматику пацієнта.

Необхідно враховувати як наявність неврологічних, психічних, м'язово-тонічних проявів ХП, так і можливість його поєднання з неврологічною, психіатричною, ортопедичною патологією. Така можливість обґрунтовує необхідність мультимодального підходу, який передбачає участь всіх зацікавлених спеціалістів у допомозі хворому.

З метою виключення раку ПЗ слід визначити рівень ПСА. Для зменшення вірогідності хибних результатів дослідження необхідно відкласти на:

- 6 тиж після лікування інфекції сечових шляхів;
- 1 тиж після пальцевого ректального дослідження та інших ректальних процедур;
- 48 год після інтенсивних фізичних навантажень або еякуляції;

- 6 тиж після біопсії ПЗ;
- 2 тиж після грипоподібних симптомів.

Вимірювання порогового рівня ПСА за віком для управління ризиком розвитку раку ПЗ:

- 50–59 років – $\geq 3,0$ нг/мл;
- 60–69 років – $\geq 4,0$ нг/мл;
- ≥ 70 років – $\geq 5,0$ нг/мл;
- немає вікових діапазонів для чоловіків віком ≥ 80 років.

Відомо, що у більшості чоловіків рівень ПСА менше 3 нг/мл, а у 75% чоловіків із підвищеним рівнем ПСА (≥ 3 нг/мл) немає раку ПЗ. Водночас близько 15% чоловіків із нормальним ПСА хворіють на рак.

Обов'язково враховують референтні значення місцевої лабораторії, позаяк вони можуть відрізнятися від наведених вище. Важливо також брати до уваги вплив лікування, яке отримує пацієнт. Так, у пацієнта, який отримує інгібітор 5 α -редуктази, швидке зниження рівня ПСА відбувається протягом перших кількох місяців лікування. Після 6 міс лікування рівень ПСА зазвичай знижується приблизно на 50%. Його рекомендують вважати новим вихідним рівнем, а наступні підвищення – патологічними.

Потрібна обережність з інтерпретацією результатів, оскільки рівні ПСА є специфічними для ПЗ, а не для раку передміхурової залози, і його рівні підвищуються за таких факторів:

1. Збільшенні об'єму ПЗ.
2. Рак ПЗ.
3. Інфекції та/або запалення ПЗ.
4. Фізичний вплив на ПЗ – інтенсивні фізичні навантаження (наприклад, їзда на велосипеді), пальцеве ректальне дослідження, біопсія ПЗ.
5. Як варіант норми.

Оцінювання та моніторинг стану хворого

Перевірені методики оцінювання симптомів ХБП та ХП/СХТБ (табл. 3) [51, 52] включають:

- індекс симптомів ХП NIH (NIH-CPSI; оцінка болю, сечовипускання та впливу на якість життя);
- Міжнародну оцінку симптомів ПЗ (IPSS; симптоми сечовипускання та вплив на якість життя);
- систему оцінювання сечовивідних, психосоціальних, органоспецифічних, інфекційних, неврологічних / системних і м'язово-тонічних ознак (UPOINT), метою якої є розподіл пацієнтів на фенотипи, зумовлені специфічними симптомами [51]. Версія з п'яти пунктів Міжнародного індексу еректильної функції (IIEF-5) ефективно визначає її порушення.

Шкали NIH-CPSI, IPSS та UPOINT – перевірені інструменти оцінювання тяжкості симптомів, фенотипових відмінностей та моніторингу стану пацієнтів під час лікування.

Психосоціальний скринінг

ХП/СХТБ і ХБП негативно впливають на якість життя і можуть призвести до негативних змін поведінки пацієнта [4, 14, 22, 33, 42, 44]. Відомо, що чоловіки, які перенесли сексуальне, фізичне або емоційне насильство, частіше мали симптоми, що вказують на ХП/СХТБ [53].

У пацієнтів слід визначити психосоціальні симптоми (наприклад, тривожність або стрес) за допомогою шкали Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) та/або Опитувальника здоров'я пацієнта-9 (PHQ-9) і шкали генералізованого тривожного розладу-7 (GAD-7). Якщо за даними цих анкет спостерігається клінічно значущий рівень психосоціальних

Таблиця 3

Анкети для оцінювання ХБП і ХП/СХТБ

<p>Індекс симптомів хронічного простатиту Національний інститут охорони здоров'я США (NIH-CPSI) (http://backinmotionpt.com/wp-content/uploads/2010/03/mens_pfcpsi-.pdf https://medical-club.net/uk/shkaly-po-urologii/#skurolua1)</p>	<p>Анкета з дев'яти пунктів (загальна оцінка 0–43), що вимірює: 1) Біль (чотири запитання для оцінювання локалізації, частоти та важкості болю, 0–21) 2) Сечовипускання (два запитання для оцінювання симптомів сечовипускання та утримання сечі, 0–10) 3) Вплив на якість життя (три запитання, 0–12)</p>
<p>Міжнародна шкала простатичних симптомів (IPSS) (http://www.urospect.com/uro/Forms/ipss.pdf https://medical-club.net/uk/shkaly-po-urologii/#skurolua1), частіше використовується для оцінювання симптомів порушення сечовипускання при доброякісній гіперплазії передміхурової залози</p>	<p>Вимірювання анкети з восьми пунктів: 1) Симптоми сечовипускання (сім питань, що оцінюють відчуття неповного спорожнення сечового міхура, частоту, переривчастість, імперативність позивів, слабкість струменю, необхідність напруження для початку сечовипускання та ніктурію, 0–35) 2) Вплив на якість життя (одне запитання, 0–6)</p>
<p>UPOINT [55]</p>	<p>Мета – стратифікація пацієнтів на фенотипи за специфічними симптомами. Оцінює симптоми сечовипускання, психосоціальну дисфункцію, органоспецифічні ознаки, інфекцію, неврологічні та м'язово-тонічні порушення [51]. Використовують для визначення фенотипово спрямованого мультимодального лікування при ХП/СХТБ [52]</p>
<p>Міжнародний індекс еректильної функції (коротка версія, IIEF-5) (https://reference.medscape.com/calculator/377/international-index-of-erectile-function-iief-5 https://medical-club.net/uk/shkaly-po-urologii/#skurolua1)</p>	<p>Анкета з п'яти пунктів для скринінгу та діагностики ЕД (симптоми за останні 6 міс)</p>

симптомів, рекомендоване направлення до психосоціального спеціаліста (наприклад, психіатра, психолога чи когнітивно-поведінкового терапевта).

Анкети для визначення психосоціальних симптомів:

- *Опитувальник здоров'я пацієнта-2 (PHQ-2)*, http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/PHQ2.pdf – анкета з двох пунктів для оцінки частоти депресивного настрою за останні 2 тиж.
- *Опитувальник здоров'я пацієнтів-9 (PHQ-9)*, http://phqscreeners.com/pdfs/02_PHQ-9/English.pdf; <https://cbt-therapist.net/psytests> – анкета з дев'яти пунктів для оцінки ступеня тяжкості депресивного настрою за останні 2 тиж.
- *Генералізований тривожний розлад-7 (GAD-7)*, http://phqscreeners.com/pdfs/03_GAD-7/English.pdf; <https://cbt-therapist.net/psytests> – анкета із семи пунктів для оцінки ступеня тяжкості генералізованого тривожного розладу за останні 2 тиж.
- *Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)* <https://cbt-therapist.net/psytests>

Визначення психосоціальних симптомів можливе у вигляді бесіди, в ході якої можуть бути корисні запитання, а саме:

Запитання для скринінгу тривожності:

За останній місяць Ви часто:

- почуваетесь знервовано, тривожно чи на межі?
- не можете зупинити або контролювати хвилювання?

Запитання для скринінгу депресивних симптомів:

За останній місяць Ви часто:

- почуваетесь пригніченим чи безнадійним?
- відчуваєте зниження інтересу чи задоволення від чогось?

Питання до пацієнтів, які не схильні до лікування

Запитання щодо скринінгу життєвих подій:

- Чи пережили Ви нещодавно якісь серйозні життєві події (наприклад, переїзд, розлучення, важку втрату або зміну роботи/кар'єри)?

Запитання для скринінгу щодо травм та насильства:

- Чи були у дитинстві або нещодавно якісь стосунки важкими? Чи траплялися ситуації, в яких ви відчували себе вкрай незручно?

Спілкування з пацієнтом

Важливо, щоб діагноз, етіологія та підходи до лікування були обговорені з пацієнтом. Це дозволяє зменшити тривожність та її потенціуючий вплив, а також мотивувати пацієнта до лікування. Більшість пацієнтів самі віддають перевагу отриманню правдивої інформації про свій стан, тому вони мають бути проінформовані про:

- основні причини ХП/СХТБ та ХБП, що може включати пояснення основної анатомії таза, природи хронічного болю (нейропатичний, ноцицептивний та ноципластичний механізми);
- позитивні та негативні результати діагностичних тестів і наслідки для пацієнта та вибору подальшого лікування;
- можливість інших захворювань, які необхідно диференціювати з ХП;
- необхідність комплексного (мультимодального) підходу до стану пацієнта та сумлінного ставлення до виконання лікарських рекомендацій.

ВИСНОВКИ

Розуміння природи хронічного простатиту (ХП) та діагностичні підходи динамічно розвиваються. Останнім часом у ході діагностики враховуються не тільки ознаки ураження передміхурової залози (ПЗ), а й нервові, психічні, інфекційні, м'язово-тонічні та сексуальні порушення. Представлений у статті діагностичний підхід відповідає сучасному розумінню ХП у світлі вчення про хронічний біль. Введення останнього в Міжнародну класифікацію хвороб 11 перегляду (МКХ-11) в якості окремої нозологічної форми обіцяє вдосконалення таксономії простатиту та більш глибокого втілення наукових здобутків у медичну практику.

Сподіваємось, що наша стаття також стане у пригоді всім зацікавленим в ефективній допомозі пацієнтам з простатитом.

Відомості про авторів

Нуріманов Каміль Раїсович – ДУ «Інститут урології імені академіка О.Ф. Возіанова НАМН України», м. Київ.
E-mail: kn_1976@ukr.net

ORCID 0000-0001-9308-5645

Недогонова Олена Анатоліївна – ДУ «Інститут урології імені академіка О.Ф. Возіанова НАМН України», м. Київ.

Щербань Марія Анатоліївна – МЦ «Медбуд», м. Київ

Information about authors

Nurimanov Kamil R. – SI “Academician O.F.Vozianov Institute of Urology of NAMS of Ukraine”, Kyiv. E-mail: kn_1976@ukr.net

ORCID 0000-0001-9308-5645

Nedogonova Olena A. – SI “Academician O.F.Vozianov Institute of Urology of NAMS of Ukraine”, Kyiv

Sherban Mariia A. – MC «Medbud», Kyiv

ПОСИЛАННЯ

1. Krieger JN, Lee SW, Jeon J, Cheah PY, Liong ML, Riley DE. Epidemiology of prostatitis. *Int J Antimicrob Agents* 2008;31(Suppl.1):85-90. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2007.08.028
2. Pavone-Macaluso M. Chronic prostatitis syndrome: a common, but poorly understood condition. Part I. *EAU-EBU Update Ser.* 2007;5:1-15. doi: 10.1016/j.eeus.2006.10.002
3. Nyberg LM, Krieger JN, Nickel JC. National Institutes of Health Classification of Chronic Prostatitis In: Nickel JC. Editor. *Textbook of Prostatitis.* London: CRC Press; 1999. 28 p.
4. McNaughton Collins M, Pontari MA, O'Leary MP, Calhoun EA, Santanna J, Landis JR, et al. Quality of life is impaired in men with chronic prostatitis: the Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. *J Gen Intern Med.* 2001;16(10):656-62. doi: 10.1111/j.1525-1497.2001.01223.x
5. Sharp VJ, Takacs EB, Powell CR. Pros-

- tatitits: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician*. 2010;15;82(4):397-406.
6. Nickel JC, Alexander RB, Schaeffer AJ, Landis JR, Knauss JS, Probert KJ. Leukocytes and bacteria in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome compared to asymptomatic controls. *J Urol*. 2003;170(3):818-22. doi: 10.1097/01.ju.0000082252.49374.e9
7. Punab M, Loivukene K, Kermes K, Mandar R. The limit of leucocytospermia from the microbiological viewpoint. *Androl*. 2003;35(5):271-8.
8. Schaeffer AJ, Knauss JS, Landis JR, Alexander RB, Litwin MS, Nickel JC, et al. Leukocyte and bacterial counts do not correlate with severity of symptoms in men with chronic prostatitis: the national institutes of health chronic prostatitis cohort study. *J Urol*. 2002;168(3):1048-53. doi: 10.1097/01.ju.0000024762.69326.df
9. Rodriguez-Nieves JA, Macoska JA. Prostatic fibrosis, lower urinary tract symptoms, and BPH. *Nat Rev Urol*. 2013;10(9):546-50. doi: 10.1038/nrurol.2013.149
10. Macoska JA, Uchtman KS, Leveson GE, McVary KT, Ricke WA. Prostate Transition Zone Fibrosis is Associated with Clinical Progression in the MTOPS Study. *J Urol*. 2019;202(6):1240-7. doi: 10.1097/JU.0000000000000385
11. Geramotous I, Gyftopoulos K, Perimenis P, Thanou V, Liagka D, Siambli D, et al. Clinical Correlation of Prostatic Lithiasis with Chronic Pelvic Pain Syndromes in Young Adults. *Eur Urol*. 2004;45(3):333-8. doi: 10.1016/j.eururo.2003.09.020
12. Nurimanov KR. Efficacy and Safety of Basic Pharmacotherapy of Chronic Abacterial Prostatitis. *Health of Man*. 2019;1(1):45-6. doi: 10.30841/2307-5090.1.2019.172788
13. Rees J, Abrahams M, Doble A. Cooper A Diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a consensus guideline. *BJU Int*. 2015;116(4):509-25. doi: 10.1111/bju.13101
14. EAU. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan Italy 2021 [Internet]. Arnhem, Netherlands: EAU Guidelines Office; 2021. Available from: <http://uroweb.org/guidelines/compilations-of-all-guidelines/>
15. Hetrick DC, Ciol MA, Rothman I, Turner JA, Frest M, Berger RE. Musculoskeletal dysfunction in men with chronic pelvic pain syndrome type III: a case-control study. *J Urol*. 2003;170(3):828-31. doi: 10.1097/01.ju.0000080513.13968.56
16. Shoskes DA, Berger R, Elmi A, Landis JR, Probert KJ, Zeitlin S. Muscle tenderness in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: the chronic prostatitis cohort study. *J Urol*. 2008;179:556-60. doi: 10.1016/j.juro.2007.09.088
17. Vicari E, La Vignera S, Arcoria D, Condorelli R, Vicari LO, Castiglione R, et al. High frequency of chronic bacterial and non-inflammatory prostatitis in infertile patients with prostatitis syndrome plus irritable bowel syndrome. *PLoS One*. 2011;6(4):e18647. doi: 10.1371/journal.pone.0018647
18. Wagenlehner FM, Van Till JW, Magri V, Perletti Gianpaolo, Houbiers JGA, Weidner W, et al. National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) symptom evaluation in multinational cohorts of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Eur Urol*. 2013;63(5):953-9. doi: 10.1016/j.eururo.2012.10.042
19. Clemens JQ, Brown SO, Kozloff L, Calhoun EA. Predictors of symptom severity in patients with chronic prostatitis and interstitial cystitis. *J Urol*. 2006;175(3 Pt 1):963-7. doi: 10.1016/S0022-5347(05)00351-4
20. Vicari E, Calogero AE, Condorelli RA, Vicari LO, La Vignera S. Male accessory gland infection frequency in infertile patients with chronic microbial prostatitis and irritable bowel syndrome: transrectal ultrasound examination helps to understand the links. *J Androl*. 2012;33(3):404-11. doi: 10.2164/jandrol.111.014654
21. Bartoletti R, Cai T, Mondaini N, Dinelli N, Pinzi N, Pavone C, et al. Prevalence, incidence estimation, risk factors and characterization of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in urological hospital outpatients in Italy: results of a multi-center case-control observational study. *J Urol*. 2007;178:2411-5. doi: 10.1016/j.juro.2007.08.046
22. Clemens JQ, Meenan RT, O'Keefe Rosetti MC, Gao SY, Calhoun EA. Incidence and clinical characteristics of National Institutes of Health type III prostatitis in the community. *J Urol*. 2005;174(6):2319-22. doi: 10.1097/01.ju.0000182152.28519.e7
23. Daniels NA, Link CL, Barry MJ, McKinlay JB. Association between past urinary tract infections and current symptoms suggestive of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Natl Med Assoc*. 2007;99(5):509-16.
24. Nickel JC, Shoskes D, Wang Y, Alexander RB, Fowler Jr JE, Zeitlin S, et al. How does the pre-massage and post-massage 2-glass test compare to the Meares-Stamey 4-glass test in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome? *J Urol*. 2006;176(1):119-24. doi: 10.1016/S0022-5347(06)00498-8
25. Nickel JC. Classification and diagnosis of prostatitis: a gold standard? *Androl*. 2003;35(3):160-7. doi: 10.1046/j.1439-0272.2003.00557.x
26. Anderson RU, Wise D, Sawyer T, Chan CA. Sexual dysfunction in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: improvement after trigger point release and paradoxical relaxation training. *J Urol*. 2006;176(4 Pt 1):1534-9. doi: 10.1016/j.juro.2006.06.010
27. Davis SN, Binik YM, Amsel R, Carrier S. Is a sexual dysfunction domain important for quality of life in men with urological chronic pelvic pain syndrome? Signs "UPOINT" to yes. *J Urol*. 2013;189(1):146-51. doi: 10.1016/j.juro.2012.08.083
28. Gonen M, Kalkan M, Cenker A, Ozkardes H. Prevalence of premature ejaculation in Turkish men with chronic pelvic pain syndrome. *J Androl*. 2005;26(5):601-3. doi: 10.2164/jandrol.04159
29. Mehta A, Stember DS, O'Brien K, Mulhall JP. Defining the aetiology of erectile dysfunction in men with chronic pelvic pain syndrome. *Androl*. 2013;1(3):483-6. doi: 10.1111/j.2047-2927.2013.00066.x
30. Muller A, Mulhall JP. Sexual dysfunction in the patient with prostatitis. *Curr Opin Urol*. 2005;15(6):404-9. doi: 10.1097/01.mou.0000186847.25259.28
31. Sadeghi-Nejad H, Seftel A. Sexual dysfunction and prostatitis. *Curr Urol Rep*. 2006;7:479-84.
32. Shoskes DA, Landis JR, Wang Y, Nickel JC, Zeitlin SI, Nadler R. Impact of post-ejaculatory pain in men with category III chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol*. 2004;172(2):542-7. doi: 10.1097/01.ju.0000132798.48067.23
33. Smith KB, Pukall CF, Tripp DA, Nickel JC. Sexual and relationship functioning in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and their partners. *Arch Sex Behav*. 2007;36(2):301-11. doi: 10.1007/s10508-006-9086-7
34. Wagenlehner F, Pilatz A, Linn T, Schuppe HC, Schagdarsurengin U, Hossainet H, et al. Prostatitis and andrological implications. *Minerva Urol Nefrol*. 2013;65(2):117-23.
35. Lee SW, Liang ML, Yuen KH, Leong WS, Cheah PY, Karim KNA, et al. Adverse impact of sexual dysfunction in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urol*. 2008;71(1):79-84. doi: 10.1016/j.urology.2007.08.043
36. Magri V, Perletti G, Montanari E, Maras E, Chiaffarino F, Parazzini F. Chronic prostatitis and erectile dysfunction: results from a cross-sectional study. *Arch Ital Urol Androl*. 2008;80(4):172-5.
37. Trinchieri A, Magri V, Cariani L, Bonamore R, Restelli A, Garlaschi MC, et al. Prevalence of sexual dysfunction in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Arch Ital Urol Androl*. 2007;79:67-70.
38. Liang CZ, Zhang XJ, Hao ZY, Shi HQ, Wang KX. Prevalence of sexual dysfunction in Chinese men with chronic prostatitis. *BJU Int*. 2004;93(4):568-70. doi: 10.1111/j.1464-410x.2003.04662.x
39. Davis SN, Morin M, Binik YM, Khalife S, Carrier S. Use of pelvic floor ultrasound to assess pelvic floor muscle function in Urological Chronic Pelvic Pain Syndrome in men. *J Sex Med*. 2011;8(11):3173-80. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02452.x
40. Liang CZ, Hao ZY, Li HJ, Wang Z-P, Xing J-P, Hu W-L, et al. Prevalence of premature ejaculation and its correlation with chronic prostatitis in Chinese men. *Urol*. 2010;76:962-6. doi: 10.1016/j.urology.2010.01.061
41. Samplaski MK, Li J, Shoskes DA. Inclusion of erectile domain to UPOINT phenotype does not improve correlation with symptom severity in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urol*. 2011;78(3):653-8. doi: 10.1016/j.urology.2011.04.016
42. Lazaro N. Sexually Transmitted Infections in Primary Care. Royal College of General Practitioners; 2013. Available from: <http://www.rcgp.org.uk/clinical-andresearch/clinicalresources/~media/Files/CIRC/RCGP-Sexually-Transmitted-Infections-in-Primary-Care-2013.ashx>
43. Clemens JQ, Brown SO, Calhoun EA. Mental health diagnoses in patients with interstitial cystitis/painful bladder syndrome and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a case/control study. *J Urol*. 2008;180(4):1378-82. doi: 10.1016/j.juro.2008.06.032
44. Anderson RU, Orenberg EK, Chan CA, Morey A, Flores V. Psychometric profiles and hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol*. 2008;179(3):956-60. doi: 10.1016/j.juro.2007.10.084
45. Ku JH, Jeon YS, Kim ME, Lee NK, Park YH. Psychological problems in young men with chronic prostatitis-like symptoms. *Scand J Urol Nephrol*. 2002;36(4):296-301. doi: 10.1080/003655902320248272
46. Hedelin H. The chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and pain catastrophizing: a vicious combination. *Scand J Urol Nephrol*. 2012;46(4):273-8. doi: 10.3109/00365599.2012.669403
47. Weidner W, Anderson RU. Evaluation of acute and chronic bacterial prostatitis and diagnostic management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome with special reference to infection/inflammation. *Int J Antimicrob Agents*. 2008;31(Suppl. 1):91-5. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2007.07.044
48. Magri V, Cariani L, Bonamore R, Restelli A, Garlaschi MC, Trinchieri A. Microscopic and microbiological findings for evaluation of chronic prostatitis. *Arch Ital Urol Androl*. 2005;77(2):135-8.
49. Krieger JN, Ross SO, Limaye AP, Riley DE. Inconsistent localization of gram-positive bacteria to prostate-specific specimens from patients with chronic prostatitis. *Urology*. 2005;66(4):721-5. doi: 10.1016/j.urology.2005.04.065
50. Horpynchenko II, Nurimanov KR, Poroshyna TV, Savchenko VS, Drannik HM. Clinical Features of Laboratory Diagnosis of Chronic Pelvic Pain Syndrome in Men. *Health of Man*. 2019;31(2):40-4. doi: 10.30841/2307-5090.2.2019.179951
51. Shoskes DA, Nickel JC, Rackley RR, Pontari MA. Clinical phenotyping in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and interstitial cystitis: a management strategy for urologic chronic pelvic pain syndromes. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2009;12(2):177-83. doi: 10.1038/pcan.2008.42
52. Shoskes DA, Nickel JC, Kattan MW. Phenotypically directed multimodal therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective study using UPOINT. *Urol*. 2010;75(6):1249-53. doi: 10.1016/j.urology.2010.01.021
53. Hu JC, Link CL, McNaughton-Collins M, Barry MJ, McKinlay JB. The association of abuse and symptoms suggestive of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: results from the Boston Area Community Health survey. *J Gen Intern Med*. 2007;22(11):1532-7. doi: 10.1007/s11606-007-0341-y