

Хронічний простатит та синдром хронічного тазового болю – сучасний стан проблеми

С. С. Кулик, О. С. Федорук

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Мета дослідження: провести аналіз результатів сучасних досліджень, присвячених вивченню патогенезу, діагностиці та лікуванню хронічного простатиту/синдрому хронічного тазового болю (ХП/СХТБ), оцінити особливості його проявів за класифікацією UPOINT та шкалою NIH-CPSI, представити власний досвід застосування шкали NIH-CPSI та класифікації UPOINT в амбулаторній практиці.

Матеріали та методи. Було проведено аналіз результатів пошуку наукової літератури в наукометричних базах даних за ключовими словами «хронічний простатит», «синдром хронічного тазового болю», «патофізіологія», «діагностика», «лікування». Проведено обстеження 25 пацієнтів з ХП/СХТБ для демонстрації результатів клінічного використання шкали NIH-CPSI та класифікації UPOINT.

Результати. У проведеному огляді літератури відображено основні теорії патогенезу, підходи до діагностики та лікування ХП/СХТБ. Отримані клінічні дані продемонстрували, що середня оцінка згідно з NIH-CPSI серед пацієнтів з ХП/СХТБ становила $26,8 \pm 6,8$ бала. Згідно з класифікацією UPOINT, сечовий домен фіксували у 88,0% пацієнтів, психосоціальний домен – у 68,0%, органоспецифічний домен – у 48,0%, інфекційний – у 32,0%, неврологічний – у 24,0%, домен напруження м'язів – у 12,0% пацієнтів відповідно.

Висновки. Фенотипування за класифікацією UPOINT разом із шкалою NIH-CPSI доцільно використовувати серед пацієнтів для оцінювання симптомів та підбору мультимодального лікування ХП/СХТБ.

Ключові слова: хронічний простатит, синдром хронічного тазового болю, огляд літератури, CPSI, UPOINT.

Chronic prostatitis and chronic pelvic pain syndrome – the current state of the problem

S. S. Kulyk, O. S. Fedoruk

The objective: to conduct an analysis of contemporary research data devoted to the study of the pathogenesis, diagnosis, and treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPSP), evaluate its manifestations according to the UPOINT classification and the NIH-CPSI scale, and present our own experience in applying the NIH-CPSI scale and UPOINT classification in clinical practice.

Materials and methods. A literature search was conducted in scientific databases using keywords such as «chronic prostatitis», «chronic pelvic pain syndrome», «pathophysiology», «diagnosis», and «treatment». A total of 25 patients with CP/CPSP were examined to demonstrate the clinical utility of the NIH-CPSI scale and UPOINT classification.

Results. The literature review represented main theories of pathogenesis and approaches to the diagnosis and treatment of CP/CPSP. Additionally, clinical data demonstrated that the average NIH-CPSI score among patients with CP/CPSP was 26.8 ± 6.8 points. According to the UPOINT classification, the urinary domain was present in 88.0% of patients, psychosocial domain in 68.0%, organ-specific domain in 48.0%, infectious domain in 32.0%, neurological domain in 24.0%, and muscle tension domain in 12.0% of patients.

Conclusions. Phenotyping based on the UPOINT classification along with the NIH-CPSI scale can be utilized in patients to assess and guide multimodal treatment for CP/CPSP.

Keywords: prostate syndrome, pelvic pain syndrome, literature review, CPSI, UPOINT.

Хронічний простатит/синдром хронічного тазового болю (ХП/СХТБ) є однією з проблем, з якою щодня стикаються клініцисти. За даними різних епідеміологічних досліджень, простатит є поширеним захворюванням, що уражає від 2 до 10% чоловіків [1], у більшості з яких діагностують саме ХП/СХТБ, а не гострий чи хронічний бактерійний простатит [2].

На сьогодні загальноприйнятою класифікацією простатиту, що базується на фундаментальних дослідженнях Т. А. Stamey та Е. М. Meares (чотирьохстанка проба), є класифікація Національних інститутів здоров'я США (НИН) [1, 3]. Згідно з цією класифікацією розрізняють:

I. Гострий бактеріальний простатит. Гостре інфекційне ураження передміхурової залози (ПЗ), що поєд-

нує місцеві симптоми (дизурію, часте сечовипускання тощо) та симптоми системної запальної відповіді (гачку, озноб тощо).

II. Хронічний бактеріальний простатит. Хронічна інфекція, що характеризується місцевими симптомами та наявністю бактеріального (*Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* тощо) збудника, що зазвичай реагує на антимікробну терапію.

III. Хронічний абактеріальний простатит (ХАП)/синдром хронічного тазового болю. Характеризується локальними симптомами (тазовий біль, дизурія, порушення еякуляції тощо) у поєднанні з відсутністю бактеріального уропатогену. ХАП заведено поділяти на запальний (категорія ПІА) та незапальний (ПІБ) за наявністю чи відсутністю лейкоцитів у секреті ПЗ відповідно.

IV. Асимптоматичний запальний простатит (поширеність невідома). Характеризується наявністю лейкоцитів у секреті ПЗ без наявності клінічних симптомів.

За час клінічного використання цієї класифікації та попри розширення уявлення про патогенез ХП/СХТБ було встановлено, що ця класифікація не дозволяє точно ідентифікувати лабораторні знахідки серед пацієнтів з різними формами ХП, що утруднює призначення патогенетичної терапії [4]. Позаяк було встановлено, що індивідуальні особливості мають значний вплив на діагностику та вибір оптимального лікування ХП/СХТБ [5].

З метою покращення надання допомоги пацієнтам з ХП/СХТБ та забезпечення персоналізованого підходу була запропонована та впроваджена в клінічну практику фенотипічна класифікація ХП/СХТБ, відома як UPOINT [5]. Вона складається з різних доменів (U – сечовий домен; P – психосоціальний домен; O – органоспецифічний домен; I – інфекційний домен; N – неврологічний домен; T – домен напруження м'язів), яка з часом була доповнена ще одним доменом – S (сексуальний домен), а також ведуться дискусії про ще один домен – ендокринологічний [6].

Попри численні дослідження, що проводяться, ХП/СХТБ залишається не до кінця вивченим захворюванням, що створює труднощі як для клініцистів, так і для пацієнтів. Для покращення розуміння патогенетичних механізмів, діагностичних та лікувальних підходів було проведено аналіз, який на підставі останніх наукових даних демонструє основні теорії патогенезу ХП/СХТБ, діагностичні можливості та підходи до лікування цієї проблеми, а також дає базове розуміння клінічного застосування індексу CPSI та класифікації UPOINT.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було проведено пошук наукової літератури в базах даних PubMed, Cochrane Library and PEDro, Web of Science за ключовими словами «хронічний простатит», «синдром хронічного тазового болю», «патофізіологія», «діагностика», «лікування». Згідно з отриманими даними, було здійснено узагальнення результатів останніх метааналізів та систематичних оглядів і коротко описано їх ключові досягнення. З метою представлення клінічного досвіду використання NIH-CPSI та класифікації UPOINT проведено одномоментне проспективне обстеження 25 пацієнтів з діагнозом ХП/СХТБ на базі Стрийської міської лікарні. Усі пацієнти підписали добровільну інформовану згоду на участь у дослідженні, протокол дослідження було ухвалено етичною комісією.

Симптоми оцінювали згідно з опитувальником NIH-CPSI загалом (0–43 бала) та за підшкалами болю (0–21 бал), сечостатевих симптомів (0–10 балів) та якості життя (0–12 бали). За даними загального бала NIH-CPSI перебіг було розділено на легкий (0–15 балів), середній (16–29 балів) та важкий (>29 балів).

Для оцінювання клінічних характеристик кожного з доменів використовували адаптовані критерії Nickel і Shoskes [5] (таблиця).

Клінічні характеристики доменів UPOINT

Домен	Клінічна характеристика
Сечовий	NIH-CPSI>4
	Часте сечовипускання, невідкладні позиви до сечовипускання, ніктурія
	Швидкість потоку сечі < 15 мл/с (урофлоуметрія)
	Залишкова сеча > 100 мл
Психосоціальний	Депресія
	Тривога
Органоспецифічний	Болючість ПЗ при пальпації
	Гематоспермія
	Лейкоцитоз у секреті ПЗ
Інфекційний	Наявність інфекцій сечовидільної системи
Неврологічний	Біль у тазу
	Порушення ноцицепції та антиноцицепції
	Феномен центральної сенситизації
Напруження м'язів	Болючість/ спазм/ тригерні точки під час обстеження тазового дна чи стінок ануса при пальцевому дослідженні

Примітка. ПЗ – передміхурова залоза.

Отримані результати наведені у вигляді середніх величин та їх стандартних відхилень ($M \pm \sigma$). Для виявлення й оцінювання взаємозв'язків між кількісними показниками використовували кореляційний аналіз за допомогою коефіцієнта кореляції Спірмена.

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Теорії патогенезу

Існує велика кількість теорій, які пояснюють патофізіологічні процеси, що лежать в основі ХП/СХТБ. Враховуючи значну кількість досліджень, присвячених цій проблемі, а також проміжок часу понад 50 років, за який проблема ХП/СХТБ прицільно вивчалась, виникло багато дискусійних моментів. На думку дослідників, найбільш ймовірною на сьогодні є мультифакторна теорія, що включає спектр можливих причин і послідовність чи взаємодію кількох етіологічних факторів, які описані нижче [7].

ХП/СХТБ може бути спричинений бактеріями, проте не було однозначних досліджень, які би могли ідентифікувати конкретний збудник. Попри значні технологічні можливості, зокрема завдяки експресії ДНК у секреті ПЗ, «прихованого» патогену в ньому виявлено так і не було [8]. Більшість дослідників сходяться на думці, що ХП/СХТБ не має бактеріального походження.

Іннервація ПЗ забезпечується симпатичною та парасимпатичною нервовою системою. Запальні процеси, що відбуваються в ПЗ, стають причиною виникнення ноцицептивного болю, який виникає у відповідь на хімічні чи термічні подразники і сигналізує про пошкодження [9]. Беручи до уваги тривалий перебіг хронічного простатиту, імунна відповідь, що виникає внаслідок взаємодії прозапальних цитокінів й інших нейромедіаторів болю з нервовою системою, може призводити до феномену сен-

ситизації, який може відбуватися як у периферичних, так і в центральних відділах нервової системи [10]. В основі цього феномену лежить тривала активація ноцицептивних структур, що спричинює падіння порогу збудливості та виникнення болю без відповідного подразника. Це веде до хронізації болю, навіть за відсутності постійного провокуючого чинника.

Описані вище явища відіграють значну роль у розвитку нейропатичного болю, що ще більше погіршує стан пацієнта. Сукупність процесів центральної сенситизації, розладів функціонування ноцицептивної та антиноцицептивної системи дослідники описують як «дифункціональний біль», що може лежати в основі виникнення СХТБ [10].

Низка сучасних публікацій демонструє участь ендокринної системи в патогенезі хронічного болю. Зокрема, хронічний біль може призводити до дисфункції стресреалізувальної системи та секреції кортизолу [11]. Також було продемонстровано участь статевих гормонів (тестостерону та естрогену) у механізмах аутоімунного запалення при ХП [12].

Однією з провідних теорій патогенезу ХП/СХТБ є аутоімунна теорія. *In vitro* було продемонстровано, що Т-лімфоцити можуть бути сенсibiliзовані антигенами ПЗ та експресувати цитокіни і тахікініни, які беруть активну участь у процесах асептичного запалення [13].

Як стверджують дослідники, психологічні фактори повинні серйозно братися до уваги під час оцінювання патогенезу будь-якого хронічного болю [14]. Згідно з біопсихосоціальною моделлю, яка є найпоширеніша в дослідженнях останніх років, присвячених хронічним больовим синдромам, такі явища, як клінічна депресія, тривожний та панічний розлад, фобії та порушення соціальних взаємодій є доведеними факторами, що спричинюють хронізацію болю [15]. Стрес, що неминуче пов'язаний із СХТБ, створює замкнуте коло, в якому біль провокує стрес, а стрес посилює больові відчуття.

Низка великих контрольованих досліджень демонструє вищу поширеність депресивних симптомів та тривожного розладу серед пацієнтів з ХТБ порівняно з групою контролю [15]. Як зазначають автори більшості таких досліджень, важко встановити чіткий причинно-наслідковий зв'язок між болем та психоемоційними порушеннями, проте цей механізм повинен бути врахований при виборі лікувальної стратегії.

Деякі дослідники також припустили, що міофасціальний больовий синдром з патологічним спазмом м'язів тазового дна може відігравати вагомий роль у розвитку СХТБ [16]. Було проведено кілька досліджень, що фокусувалися на фізикальному обстеженні. Вони продемонстрували, що біль найчастіше виникає у спазмованих м'язів, які кріпляться до клубової ості, куприка та крижової кістки [16, 17]. Формування міофасціальних тригерних точок може спричинятися порушеннями біомеханіки роботи м'язів, зокрема при відвідуванні туалету, регулярних тренуваннях, травмах чи сексуальній активності.

Отже, за наведеними вище даними, патогенез ХП/СХТБ залишається до кінця незрозумілим, незважаючи на значну кількість досліджень, які демонструють різні патогенетичні механізми та можливості їх корекції.

Діагностичні підходи

ХП/СХТБ характеризується хронічним болем у тазовій ділянці, що триває понад 3 міс та поєднується з порушенням функціонування нижніх сечовидільних шляхів [5]. Пацієнти часто скаржаться на больові відчуття в ділянці промежини, анального отвору, попереку, пахової ділянки і статевих органів. Біль після еякуляції є частим симптомом і може свідчити про дисфункцію тазового дна [18].

Специфічних клінічних маркерів для діагностики ХП/СХТБ немає, тому діагностика базується на результатах численних досліджень. В одному з таких досліджень оцінювали локалізацію болю у понад 1500 чоловіків з ХП/СХТБ. Було встановлено, що найпоширенішою скаргою є біль у промежині (63%); наступними за частотою є біль у яєчках (58%), біль у лобковій та навколлобковій ділянці (42%) та біль у статевому члені (32%). Біль під час сечовипускання та еякуляції фіксували у 45% та 43% чоловіків відповідно [19].

Для уточнення категорії простатиту було запропоновано кілька діагностичних алгоритмів, найбільш поширеним з яких є алгоритм, запропонований J. C. Nickel у 2002 р. [20]. Він включає три групи діагностичних процедур, що розділені за пріоритетністю.

Обстеження пацієнтів з ХП (J. C. Nickel, 2002):

Обов'язкові:

- анамнез захворювання;
- фізикальне обстеження (повинно включати пальцеве ректальне дослідження);
- топічна діагностика запалення нижніх сечовивідних шляхів (4-х стаканна проба).

Рекомендовані:

- цитологічне дослідження сечі;
- урофлоуметрія;
- оцінка залишкової сечі.

Можливі:

- дослідження еякулята;
- мазок з уретри;
- трансректальне УЗД ПЗ;
- комп'ютерна томографія таза;
- простатспецифічний антиген.

Автори низки сучасних публікацій стверджують, що існує тенденція до спрощення процесу верифікації ХП [5]. Здебільшого діагноз встановлюють на основі одноразової оцінки секрету ПЗ та/або еякуляту. Враховуючи високу поширеність саме ХАП/СХТБ, найбільш науковим способом верифікації цієї проблеми є використання опитувальників та анкет [21]. Індекс симптомів ХП Національного інституту охорони здоров'я США (NIH-CPSI) – опитувальник, що складається із 9 запитань, включає три домени болю (локалізація, частота та інтенсивність), а також симптоми розладів сечовипускання та якості життя.

Враховуючи нові дані про патогенез ХП, все більше сучасних дослідників віддають перевагу застосуванню класифікації UPOINT, що дає змогу оцінити рівень залученості різних систем у патологічний процес з метою клінічного фенотипування та подальшого мульти-модального підходу до лікування.

Слід зазначити, що сьогодні біль розглядають не лише як ізольований симптом, а як комплексну про-

блему, яка тісно пов'язана зі зниженням якості життя, депресією, тривогою, когнітивними порушеннями та їх комбінаціями. Як наслідок, оцінка описаних вище розладів серед пацієнтів з ХП/СХТБ є необхідною у клінічній практиці [22]. Одне з останніх досліджень, в якому було проведено дворічне спостереження за 44 сім'ями, де чоловіки страждали від ХП/СХТБ, показало, що як чоловіки, так і їхні дружини демонстрували вірогідну вищу поширеність психоемоційних порушень та погіршення якості життя [23].

Підходи до лікування ХП/СХТБ

Попри значні успіхи в дослідженнях механізмів ХП/СХТБ та різних препаратів, що можуть на них впливати, немає однозначного «золотого стандарту» лікування цієї патології [24]. Мономодальна терапія на сьогодні здебільшого є неефективною через велику кількість патологічних ланок, що залучені у процес ХП/СХТБ [24]. Отже, з клінічної точки зору виправдані є мультимодальний міждисциплінарний підхід до лікування, що включає медикаментозне і немедикаментозне лікування [25].

Серед основних груп медичних препаратів, які вивчалися та продемонстрували свою ефективність, є α 1-адреноблокатори, нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), імуномодулятори, інгібітори фосфодіестерази 5-го типу (ФДЕ-5), гормональні препарати, антихолінергічні препарати, ферменти, нейромодулятори та антидепресанти. До немедикаментозного лікування належать заняття з фізичним терапевтом, міофасціальний реліз, акупунктура, когнітивно-поведінкова терапія та біологічний зворотній зв'язок, також існують обмежені докази ефективності ударно-хвильової терапії та термотерапії [25–27].

Дані фундаментального аналізу G. Magistro та співавторів, що включав аналіз 28 опублікованих з 1998 до 2014 р. результатів рандомізованих досліджень (РД) ефективності антибіотиків, α -адреноблокаторів, НПЗП, гормонів, нейромодуляторів, антидепресантів та фізіотерапії, продемонстрували, що жоден окремих монотерапевтичний підхід не був аналогічно ефективний серед пацієнтів із ХП/СХТБ [25].

Немедикаментозні методи лікування ХП/СХТБ

Нещодавно проведений систематичний огляд J. V. A. Franco та співавторів, який включав 38 РД ($n=3290$ пацієнтів), присвячених немедикаментозному ліванню ХП, продемонстрував, що голкотерапія сприяє клінічно значущому зниженню симптомів ХП порівняно з плацебо, а фізична терапія та корекція харчування разом зі способом життя пов'язані з покращенням стану пацієнтів з ХП [26]. Неоднозначно огляд відображає ефективність масажу ПЗ, оскільки все ще залишається неясним зменшує він чи посилює симптоми ХП. Низькоінтенсивна екстракорпоральна ударно-хвильова терапія (НІЕУХТ) вірогідно вела до зменшення симптомів ХП, проте часто лише в середньостроковій перспективі. Трансректальна термотерапія у поєднанні з медикаментозним лікуванням може значно зменшувати симптоми ХП порівняно з виключно медикаментозним лікуванням [26].

Було проведено також і окреме оцінювання ефективності НІЕУХТ (5 РД, 280 пацієнтів). За даними цього огляду, серед пацієнтів з ХП/СХТБ відзначали зниження загального бала згідно з NIH-CPSI, індексу болю та опитувальника якості життя (ЯЖ) порівняно з контролем через 4 тиж ($p<0,00001$; $p=0,0002$; $p<0,00001$ відповідно) та через 12 тиж ($p<0,00001$; $p<0,00001$; $p=0,0002$), щоправда через 24 тиж різниця за цими показниками між групою ХП/СХТБ та групою контролю була невірогідною ($p=0,26$; $p=0,32$; $p=0,007$). Отже, було доведено, що НІЕУХТ – перспективний малоінвазивний метод лікування ХП/СХТБ [28].

Систематичний огляд ефективності голкотерапії (10 РД) продемонстрував, що цей немедикаментозний метод лікування був ефективніший за контроль згідно з оцінкою за NIH-CPSI (MD $-3,98$, [95% ДІ від $-5,78$ до $-2,19$]; $p<0,0001$) і частотою відповіді на лікування (RR $4,12$ [95% ДІ: $1,67-10,18$]; $p=0,002$). Також було зазначено, що голкотерапія у комбінації зі стандартним лікуванням сприяли зниженню прозапального інтерлейкіну (ІЛ) 1β у секреті ПЗ. Водночас у ході стандартної терапії спостерігається більш значуще покращення симптомів сечовипускання [29].

З метою оцінювання фізичної терапії та/або когнітивно-поведінкової психотерапії (КПТ) при ХП/СХТБ було проведено систематичний огляд, що включав 8 РД, загалом 280 пацієнтів [30]. Бали учасників перед початком лікування згідно з NIH-CPSI були в діапазоні від 21,7 до 33,5 бала. Зниження показника у середньому становило 8,8 бала (95% ДІ (7,5; 11,1); $p<0,001$), позаяк прийнято вважати, що зниження показника NIH-CPSI на 6 і більше балів є клінічно значущим покращенням.

Дані цього та низки інших оглядів наштотують на думку, що ХП/СХТБ можна розглядати як психонервово-язову проблему, оскільки фізична терапія, КПТ та біологічний зворотній зв'язок можуть приводити до покращення стану пацієнтів і повинні застосовуватися у комплексному ліванні таких пацієнтів [30–34].

Медикаментозні методи лікування ХП/СХТБ

Найчастіше в клінічній практиці застосовують антибіотики, НПЗП, засоби, що діють через центральну нервову систему, α -блокатори. Існує велика кількість публікацій, присвячених оцінюванню та порівнянню різних медикаментозних стратегій лікування, проте дані більшості з них – неоднозначні [5, 18].

Так, в одному з нових систематичних оглядів, до якого було включено 99 рандомізованих досліджень та загалом 9119 чоловіків з ХП/СХТБ, було оцінено ефективність 16 видів медикаментозних препаратів [35]. Результати аналізу продемонстрували, що з низьким рівнем доказовості α -адреноблокатори є ефективними, здебільшого за рахунок зниження показників NIH-CPSI більше 2 (але <8) з підвищеною частотою невеликих побічних явищ, таких, як головокружіння та гіпотензія. Докази середньої якості свідчать, що інгібітори 5α -редуктази, антибіотики, протизапальні препарати та фітотерапія, ймовірно, приводять до невеликого зменшення симптомів простатиту і зрідка асоційовані з виникненням небажаних подій. Ін'єкції ботулоток-

сину можуть привести до значного зменшення симптомів простатиту, однак з можливими подальшими небажаними явищами (гематурія). Водночас аналогічна ін'єкція у м'язи тазового дна може не мати такого самого ефекту (низький рівень доказовості). Антихолінергічні препарати, пентозан, прегабалін а також антидепресанти з низьким рівнем доказовості не підтвердили свою ефективність у цьому огляді. Слід зазначити, що з низькою доказовістю інгібітори фосфодіестерази можуть зменшувати симптоми ХП [36].

Проте у подвійному сліпому плацебо-контрольованому дослідженні за участю 324 чоловіків з ХП/СХТБ було продемонстровано, що прегабалін сприяв покращенню оцінки болю та зниженню загального бала (>6) згідно з NIH-CPSI порівняно з плацебо, хоча ця різниця була статистично невірогідною (p=0,07). Проте серед чоловіків, що отримували прегабалін, спостерігалось зниження загальної оцінки та оцінки за підшкалами згідно з NIH-CPSI (p<0,05), вищий рівень відповіді Global Response Assessment порівняно з плацебо (31,2% і 18,9%; p=0,02) і покращення загального бала за опитувальником болю McGill (p=0,01) [37]. Схожі дані оглядів та метааналізів, хоча інколи і з невеликими вибірками, доводять ефективність антидепресантів [38], α-адреноблокаторів [39], інгібіторів ФДЕ [40].

Ураховуючи складний патогенез та неоднозначну ефективність вибіркового підходу до лікування, багато дослідників дійшли висновку, що одним з найбільш ефективних та пацієнторієнтованих методів лікування є клінічне фенотипування з виділенням панівного фенотипу проявів ХП/СХТБ. Так, на підставі анамнезу, фізикального та лабораторного обстеження можна оцінити основні домени, що представлені у пацієнта згідно з класифікацією UPOINT [5].

Сечовий домен. Найбільш поширений домен із симптомами частого сечовипускання, невідкладних позивів до сечовипускання та ніктурії. Лікування таких пацієнтів може включати α-адреноблокатори, антихолінергічні препарати та введення ботулотоксину [41].

Психосоціальний домен. Пацієнти з ХТБ можуть страждати від депресії, тривоги, панічного розладу або мати специфічні фобії. Для таких пацієнтів доцільним є застосування КПТ, антидепресантів, анксиолітиків під контролем фахівця з психічного здоров'я [41].

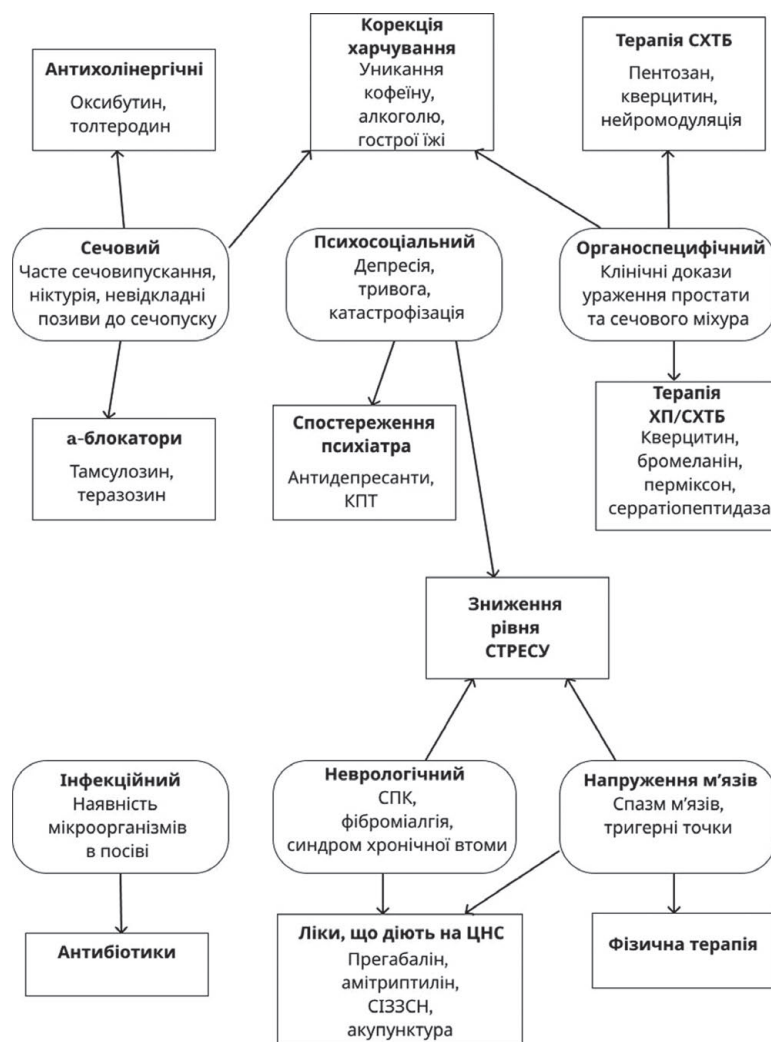
Органоспецифічний домен. Пацієнти з цим фенотипом можуть відчувати біль під час фізикального обстеження ПЗ чи під час спорожнення сечового міхура. Серед ефективних методів лікування з різним рівнем доказовості зазначають НПЗП, пентозан, внутрішньоміхурові введення ліків, хірургічне лікування тощо [41].

Інфекційний домен. До цієї групи належать пацієнти, у яких було виявлено бактерії під час аналізу секрету ПЗ, а також ті

хворі, які вірогідно мають інфекції сечовидільних шляхів, що були задокументовані, або у яких були виявлені мікроорганізми в сечі під час обстеження. Терапією вибору для таких пацієнтів за результатами посіву та оцінки чутливості є антибіотики, [41].

Неврологічний домен. Ураховуючи велику кількість доказів процесу центральної сенситизації серед пацієнтів з ХП/СХТБ наявність таких супутніх станів, як синдром подразненого кишечника, фіброміалгія, синдром хронічної втоми чи хронічний біль у спині повинні бути враховані під час збору анамнезу та, ймовірно, насторожувати клініциста. Найбільш ефективними ліками у цьому випадку є прегабалін, трициклічні та норадреналінові антидепресанти [41].

Домен напруження м'язів. Наявність патологічного спазму тазового дна, а також тригерних точок потребує застосування фізіотерапії та КПТ [41] (рис. 1).



Примітки:
 КПТ – когнітивно-поведінкова терапія;
 СПК – синдром подразненого кишечника;
 СІЗЗСН – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну.

Рис. 1. Узагальнені рекомендації щодо лікування ХП/СХТБ на основі UPOINT [36, 41]

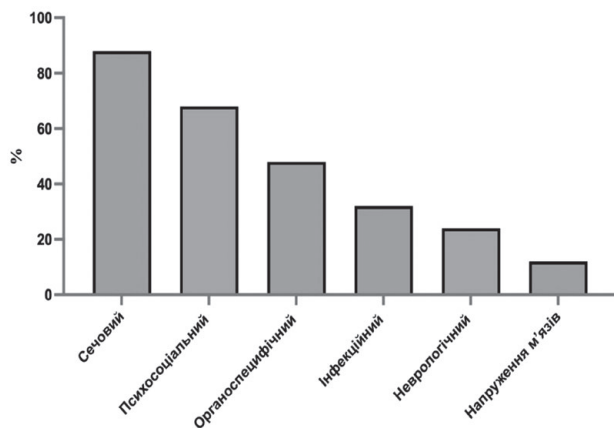


Рис. 2. Наявність симптомів за відповідними доменами UPOINT

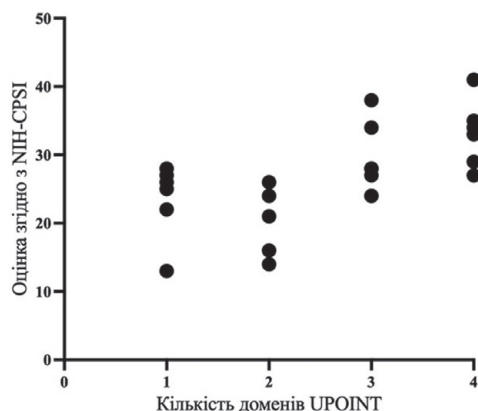


Рис. 3. Кореляційний зв'язок між оцінкою за NIH-CPSI та кількістю доменів UPOINT

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік пацієнтів, що взяли участь у дослідженні, становив $33,4 \pm 8,3$ року, середня тривалість симптомів – $14,3 \pm 8,9$ міс. Загальна оцінка згідно з NIH-CPSI серед пацієнтів становила $26,8 \pm 6,8$ бала, за підшкалою болю – $11,5 \pm 3,8$ бала, підшкалою сечовипускання – $7,2 \pm 1,8$ бала, підшкалою якості життя – $8,7 \pm 3,7$ бала. Пацієнтів з легким перебігом було 8,0%, середнім перебігом – 68,0%, тяжким перебігом – 24,0%.

Проведено розподіл пацієнтів за відповідними доменами згідно з UPOINT та отримано наступні дані:

- сечовий домен – 88,0%;
- психосоціальний домен – 68,0%;
- органоспецифічний домен – 48,0%;
- інфекційний – 32,0%;
- неврологічний – 24,0%;
- домен напруження м'язів – 12,0% (рис. 2).

Відомості про авторів

Кулик Софія Степанівна – лікар-уролог, сексопатолог, аспірант, кафедра загальної хірургії, урології та нейрохірургії, Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці; тел.: (063) 674-55-29. *E-mail: sofii0207@gmail.com*
ORCID: 0009-0008-9278-2949

Федорук Олександр Степанович – д-р мед. наук, професор кафедри загальної хірургії, урології та нейрохірургії, Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці; тел.: (050) 374-27-44. *E-mail: doc100@i.ua*
ORCID: 0000-0001-8816-3418

Information about the authors

Kulyk Sofia S. – urologist, sexologist, PhD student of the Department of General Surgery, Urology and Neurosurgery of the Bukovinian State Medical University, Chernivtsi; tel.: (063) 674-55-29. *E-mail: sofii0207@gmail.com*
ORCID: 0009-0008-9278-2949

Fedoruk Oleksandr S. – professor of the Department of General Surgery, Urology and Neurosurgery of the Bukovinian State Medical University, doctor of medical sciences, urologist, Chernivtsi; tel.: (050) 374-27-44. *E-mail: doc100@i.ua*
ORCID: 0000-0001-8816-3418

ПОСИЛАННЯ

1. Krieger JN, Riley DE, Cheah PY, Liang ML, Yuen KH. Epidemiology of prostatitis: new evidence for a world-wide problem. *World J Urol.* 2003;21(2):70-4. doi: 10.1007/s00345-003-0329-0.
2. Yebes A, Toribio-Vazquez C, Martinez-Perez S, Quesada-Clarke JM, Rodriguez-Serrano A, Alvarez-Maestro M, et al. Prostatitis: A Review. *Curr Urol Rep.* 2023;24(5):241-51. doi: 10.1007/s11934-023-01150-z.
3. Krieger JN, Nyberg L Jr, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA.* 1999;282(3):236-7. doi: 10.1001/jama.282.3.236.
4. Pena VN, Engel N, Gabrielson AT, Rabinowitz MJ, Herati AS. Diagnostic and Management Strategies for Patients with Chronic Prostatitis and Chronic Pelvic Pain Syndrome. *Drugs Aging.*

- 2021;38(10):845-86. doi: 10.1007/s40266-021-00890-2.
5. Nickel JC, Shoskes DA. Phenotypic approach to the management of the chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *BJU Int.* 2010;106(9):1252-63. doi: 10.1111/j.1464-410X.2010.09701.x.
6. 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 "UP-OINT" to yes. *J Urol.* 2013;189(1):146-51. doi: 10.1016/j.juro.2012.08.083.
7. Doiron RC, Shoskes DA, Nickel JC. Male CP/CPPS: where do we stand? *World J Urol.* 2019;37(6):1015-22. doi: 10.1007/s00345-019-02718-6.
8. Nickel JC, Stephens A, Landis JR, Chen J, Mullins C, van Bokhoven A, et al. Search for Microorganisms in Men with Urologic Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Culture-Independent Analysis in the MAPP Research Network. *J Urol.* 2015;194(1):127-35. doi: 10.1016/j.juro.2015.01.037.
9. Mehik A, Leskinen MJ, Hellström P. Mechanisms of pain in chronic pelvic pain syndrome: influence of prostatic inflammation. *World J Urol.* 2003;21(2):90-4. doi: 10.1007/s00345-003-0334-3.
10. Pontari MA, Ruggieri MR. Mechanisms in prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol.* 2008;179(5):61-7. doi: 10.1016/j.juro.2008.03.139.
11. Wang J, Zhang B, Jiao Y, Xu Z, Qian B, Wang Q. Involvement of prostatic interstitial cells of Cajal in inflammatory cytokines-elicited catecholamines production: Implications for the pathophysiology of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS). *Biochem Biophys Res Commun.* 2018;503(2):420-7. doi: 10.1016/j.bbrc.2018.04.050.
12. Lee JH, Lee SW. Testosterone and Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Propensity Score-Matched Analysis. *J Sex Med.* 2016;13(7):1047-55. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.04.070.
13. Chen L, Bian X, Chen J, Meng J, Zhang M, Liang C. Immunological alterations in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and experimental autoimmune prostatitis model: A systematic review and meta-analysis. *Cytokine.* 2021;141:155440. doi: 10.1016/j.cyt.2021.155440.
14. Kwon JK, Chang IH. Pain, catastrophizing, and depression in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Int Neurourol J.* 2013;17(2):48-58. doi: 10.5213/inj.2013.17.2.48.
15. Krsmanovic A, Tripp DA, Nickel JC, Shoskes DA, Pontari M, Litwin MS, et al. Psychosocial mechanisms of the pain and quality of life relationship for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS). *Can Urol Assoc J.* 2014;8(11-12):403-8. doi: 10.5489/cuaj.2179.
16. Westesson KE, Shoskes DA. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and pelvic floor spasm: can we diagnose and treat? *Curr Urol Rep.* 2010;11(4):261-4. doi: 10.1007/s11934-010-0111-y.
17. Anderson RU, Sawyer T, Wise D, Morrey A, Nathanson BH. Painful myofascial trigger points and pain sites in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol.* 2009;182(6):2753-8. doi: 10.1016/j.juro.2009.08.033.
18. Thakkinian A, Attia J, Anothaisintawee T, Nickel JC. α -blockers, antibiotics and anti-inflammatories have a role in the management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *BJU Int.* 2012;110(7):1014-22. doi: 10.1111/j.1464-410X.2012.11088.x.
19. Tripp DA, Nickel JC, Wang Y, Litwin MS, McNaughton-Collins M, Landis JR, et al. Catastrophizing and pain-contingent rest predict patient adjustment in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Pain.* 2006;7(10):697-708. doi: 10.1016/j.jpain.2006.03.006.
20. Nickel JC. *The Prostatitis Manual.* Chipping Norton: Bladon Medical Publishing; 2002. p. 29-55.
21. Nickel JC, Shoskes DA, Wagenlehner FM. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS): the studies, the evidence, and the impact. *World J Urol.* 2013;31(4):747-53. doi: 10.1007/s00345-013-1062-y.
22. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain.* 2019;160(1):19-27. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001384.
23. Tripp DA, Nickel JC, Shoskes D, Koljuskov A. A 2-year follow-up of quality of life, pain, and psychosocial factors in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and their spouses. *World J Urol.* 2013;31(4):733-9. doi: 10.1007/s00345-013-1067-6.
24. Zhang J, Liang C, Shang X, Li H. Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Disease or Symptom? Current Perspectives on Diagnosis, Treatment, and Prognosis. *Am J Mens Health.* 2020;14(1):1557988320903200. doi: 10.1177/1557988320903200.
25. Magistro G, Wagenlehner FM, Grabe M, Weidner W, Stief CG, Nickel JC. Contemporary Management of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. *Eur Urol.* 2016;69(2):286-97. doi: 10.1016/j.eururo.2015.08.061.
26. Franco JVA, Turk T, Jung JH, Xiao YT, Iakhno S, Garrote V, Vietto V. Non-pharmacological interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a Cochrane systematic review. *BJU Int.* 2019;124(2):197-208. doi: 10.1111/bju.14492.
27. Sun Y, Liu Y, Liu B, Zhou K, Yue Z, Zhang W, et al. Efficacy of Acupuncture for Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Randomized Trial. *Ann Intern Med.* 2021;174(10):1357-66. doi: 10.7326/M21-1814.
28. Yuan P, Ma D, Zhang Y, Gao X, Liu Z, Li R, et al. Efficacy of low-intensity extracorporeal shock wave therapy for the treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Neurourol Urodyn.* 2019;38(6):1457-66. doi: 10.1002/nau.24017.
29. Liu BP, Wang YT, Chen SD. Effect of acupuncture on clinical symptoms and laboratory indicators for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Int Urol Nephrol.* 2016;48(12):1977-91. doi: 10.1007/s11255-016-1403-z.
30. Anderson RU, Wise D, Nathanson BH. Chronic Prostatitis and/or Chronic Pelvic Pain as a Psychoneuromuscular Disorder: A Meta-analysis. *Urology.* 2018;120:23-9. doi: 10.1016/j.urology.2018.07.022.
31. Urits I, Callan J, Moore WC, Fuller MC, Renschler JS, Fisher P, et al. Cognitive behavioral therapy for the treatment of chronic pelvic pain. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2020;34(3):409-26. doi: 10.1016/j.bpa.2020.08.001.
32. Riegel B, Bruenahl CA, Ahayi S, Bingel U, Fisch M, Löwe B. Assessing psychological factors, social aspects and psychiatric co-morbidity associated with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome (CP/CPPS) in men – a systematic review. *J Psychosom Res.* 2014;77(5):333-50. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.09.012.
33. Bordeianou LG, Anger JT, Boutros M, Birnbaum E, Carmichael JC, Connell KA, et al. Measuring Pelvic Floor Disorder Symptoms Using Patient-Reported Instruments: Proceedings of the Consensus Meeting of the Pelvic Floor Consortium of the American Society of Colon and Rectal Surgeons, the International Continence Society, the American Urogynecologic Society, and the Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2020;26(1):1-15. doi: 10.1097/SPV.0000000000000817.
34. Shulyak A, Gorpynchenko I, Drannik G, Poroshina T, Savchenko V, Nurimanov K. The effectiveness of the combination of rectal electrostimulation and an antidepressant in the treatment of chronic abacterial prostatitis. *Cent European J Urol.* 2019;72(1):66-70. doi: 10.5173/cej.2018.1719.
35. Franco JVA, Turk T, Jung JH, Xiao YT, Iakhno S, Tiraepgui FI, et al. Pharmacological interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a Cochrane systematic review. *BJU Int.* 2020;125(4):490-6. doi: 10.1111/bju.14988.
36. Gorpynchenko I, Nurimanov K, Poroshina T, Savchenko V, Drannik G, Shulyak A. Antibiotic therapy effectiveness as an outcome predictor of complex treatment in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Cent European J Urol.* 2021;74(2):241-8. doi: 10.5173/cej.2021.0195.R2.
37. Pontari MA, Krieger JN, Litwin MS, White PC, Anderson RU, McNaughton-Collins M, et al. Pregabalin for the treatment of men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2010;170(17):1586-93. doi: 10.1001/archinternmed.2010.319.
38. Strauss AC, Dimitrakov JD. New treatments for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Nat Rev Urol.* 2010;7(3):127-35. doi: 10.1038/nrurol.2010.4.
39. Deng W, Du X, Zhou W, Mei X, Tian Y, Chen L, et al. Systematic review and meta-analysis: α -adrenergic receptor blockers in chronic prostatitis. *Ann Palliat Med.* 2021;10(9):9870-78. doi: 10.21037/apm-21-2160.
40. Matsukawa Y, Naito Y, Funahashi Y, Ishida S, Fujita T, Tochigi K, et al. Comparison of cernitin pollen extract vs tadalafil therapy for refractory chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A randomized, prospective study. *Neurourol Urodyn.* 2020;39(7):1994-2002. doi: 10.1002/nau.24454.
41. 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.

Стаття надійшла до редакції 24.05.2024. – Дата першого рішення 29.05.2024. – Стаття подана до друку 26.06.2024