

КЛІНІЧНІ ВІДМІННОСТІ ТАЗОВОГО БОЛЮ ПРИ ХРОНІЧНОМУ НЕБАКТЕРІАЛЬНОМУ ПРОСТАТИТІ ТА ДОБРОЯКІСНІЙ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ**О.С. Федорук¹, М.С. Степанченко¹, В.І. Романенко²**¹Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці²Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ**Ключові слова:**

хронічний
небактеріальний
простатит;
доброякісна
гіперплазія
передміхурової залози;
хронічний тазовий
біль.

Буковинський медичний вісник. Т.21, № 4 (84). С. 145-153

DOI:

10.24061/2413-0737.
XXI.4.84.2017.135

E-mail:

stepanchenko@bsmu.
edu.ua

Мета роботи – визначити клінічні відмінності тазового болю у пацієнтів із хронічним небактеріальним простатитом (ХНП) та чоловіків із доброякісною гіперплазією передміхурової залози (ДГПЗ).

Матеріал і методи. У дослідженні взяли участь 67 амбулаторних пацієнтів із патологією простати, у 41 з яких рутинними методами діагностовано ХНП, групу порівняння склали 26 чоловіків із ДГПЗ. Оцінка больового синдрому проводилася за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ) та больового опитувальника Мак-Гіл. Оцінку простата-специфічної симптоматики проводили за допомогою опитувальників I-PSS, NIH-CPSI та PUF. Достовірність групових відмінностей для сукупностей, які підпорядковуються нормальному розподілу, оцінювали за допомогою критерію Стьюдента.

Результати. Між групами пацієнтів з ХНП та ДГПЗ достовірно відрізнявся середній вік, де у групі порівняння він переважав більш ніж на 10 років. Майже вдвічі переважав середній об'єм передміхурової залози у хворих на ДГПЗ. За шкалою симптомів нижніх сечових шляхів I PSS, значно вищий середній бал реєстрували в пацієнтів групи порівняння, що відчутно погіршувало їх якість життя. За шкалою NIH CPSI достовірно вищим був середній показник в основній групі. При цьому за збалансованою шкалою симптомів болю та якості сечовипускання PUF, середні величини між групами практично не відрізнялися. Отримані дані стосовно якісних характеристик хронічного болю сильно відрізнялися між групами хворих.

Висновки. Тазовий біль пацієнтів з хронічним небактеріальним простатитом клінічно характеризувався невропатичним компонентом, на відміну від хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози, де провідним чинником виступав характер сечовипускання. З метою диференціації тазового болю, доцільно користуватися опитувальниками ВАШ, Мак-Гіл, NIH-CPSI та I-PSS, що полегшить вибір оптимального патогенетичного лікувального підходу.

Ключевые

слова: хронический
небактериальный
простатит;
доброкачественная

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ ТАЗОВОЙ БОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ НЕБАКТЕРИАЛЬНОМ ПРОСТАТИТЕ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**А.С. Федорук, М.С. Степанченко, В.И. Романенко**

Оригінальні дослідження

гиперплазия
предстательной
железы; хроническая
тазовая боль.

Буковинский медицин-
ский вестник. Т.21,
№ 4 (84). С. 145-153

Цель работы – определить клинические различия тазовой боли у пациентов с хроническим небактериальным простатитом (ХНП) и в мужчин с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 67 амбулаторных пациентов с патологией простаты, в 41 из которых рутинными методами диагностировано ХНП, группу сравнения составили 26 мужчин с ДГПЖ. Оценка болевого синдрома проводилась с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) и болевого опросника Мак-Гилл. Оценку простата-специфической симптоматики проводили с помощью опросников I-PSS, NIH CPSI и PUF. Достоверность групповых различий для совокупностей, которые подчиняются нормальному распределению, оценивали с помощью критерия Стьюдента.

Результаты. Между группами пациентов с ХНП и ДГПЖ достоверно отличался средний возраст, где во второй группе он преобладал более чем на 10 лет. Почти вдвое превосходил средний объем предстательной железы у больных с ДГПЖ. По шкале симптомов нижних мочевых путей I-PSS, у пациентов группы сравнения регистрировали значительно высший средний балл, что ощутимо ухудшало их качество жизни. Средний показатель по шкале NIH-CPSI был достоверно выше в основной группе. При этом по сбалансированной шкале симптомов боли и качества мочеиспускания PUF, средние величины между группами практически не отличались. Полученные данные о качественных характеристиках хронической боли сильно отличались между группами больных.

Выводы. Тазовая боль пациентов с хроническим небактериальным простатитом клинически характеризовалась невропатическим компонентом, в отличие от больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, где ведущим фактором выступал характер мочеиспускания. С целью дифференциации тазовой боли, целесообразно пользоваться опросниками ВАШ, Мак-Гилл, NIH-CPSI и I-PSS, что облегчит выбор оптимального патогенетического лечебного подхода.

Key words: chronic
non-bacterial
prostatitis; benign
prostatic hyperplasia;
chronic pelvic pain

Bukovinian Medical
Herald. V.21, № 4 (84).
P. 145-153

**PELVIC PAIN CLINICAL DISTINCTIONS IN PATIENTS
WITH CHRONIC NON BACTERIAL PROSTATITIS VERSUS
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA**

O.S. Fedoruk, M.S. Stepanchenko, V.I. Romanenko

Objective – determination of pelvic pain clinical differences in patients with chronic non-bacterial prostatitis (CNP) versus men suffering from benign prostatic hyperplasia (BPH).

Material and methods. The study involved 67 men with prostatic disease on the outpatient setting. 41 men were diagnosed with CNP using the routine approach. 26 patients formed a control group with the diagnosis of BPH. Pain syndrome was evaluated by use of the Visual Analogue Scale (VAS) and McGill Questionnaire. Prostate-specific symptoms were assessed using I-PSS, NIH-CPSI and PUF Questionnaires. The reliability of group differences for entities subject

to normal distribution was estimated using Student's criterion.

Results. Mean age differed between both groups markedly, where BPH patients were about 10 years older. The average prostate volume was almost twice the predominance in control group of men. According to I-PSS, the lower urinary tract symptom scale, patients with BPH presented with reliably higher score, which significantly impaired their quality of life. On the contrary, NIH CPSI values were predominantly higher in the main group of patients. At the same time, PUF, a balanced scale of both pain and urination symptoms, showed no reliable difference between groups. The obtained data on the qualitative characteristics of chronic pain considerably differed between both groups of patients

Conclusions. Pelvic pain in CNP patients was clinically characterized by a neuropathic component, whereas leading factor in patients with BPH was urination quality. For the differentiation of pelvic pain, questionnaires of VAS, McGill, NIH-CPSI and I-PSS are advised for use during patient assessment. The obtained data may facilitate selection of an optimal pathogenetic treatment approach.

Вступ. Відповідно до таксономії Міжнародної асоціації з вивчення болю (International Association for the Study of Pain, IASP), біль визначається як неприємний сенсорний та емоційний чинник, пов'язаний із фактичним або потенційним пошкодженням тканини, або описаний з точки зору такого пошкодження. Незважаючи на те, що оригінальна класифікація хронічного тазового болю (ХТБ) Європейської асоціації урології (European Association of Urology, EAU) [1] багато в чому співвідноситься із класифікацією IASP [2], існує немало суперечностей, що потребують вирішення. Тому ХТБ визначають методом виключення. При цьому, тривалість постійного чи періодичного болю повинна дорівнювати щонайменше шести місяцям.

Синдром простатичного болю (СПБ) характеризується як персистувальний чи рецидивний епізодичний біль, що асоціюється з негативними когнітивними, поведінковими, статевими або емоційними наслідками, а також із симптомами нижніх сечових шляхів та сексуальною дисфункцією. Термін "хронічний простатит", як і раніше, привірюється до СПБ. Проте, на думку деяких авторів, такий термін є недосконалим, незважаючи на довгу історію використання. Актуальна міжнародна класифікація простатитів — консенсус Національного інституту здоров'я США (National Institute of Health, NIH) [3], крім хронічного небактеріального простатиту (ХНП, тип III) включає і бактеріальні простатити (типи I і II), однак останні не відносяться до СПБ. Термін "простатодинія" також використовувався в минулому, проте його подальший вжиток не рекомендується.

У великому дослідженні в Європі, проведеному в 2004 році [4], встановлено, що хронічні болі середньої та високої інтенсивності траплялися у 19% дорослих європейців, серйозно впливаючи на їх якість життя. Внаслідок збігу та подібності симптомів з іншими нозологіями (наприклад, між доброякісною гіперплазією передміхурової залози (ДГПЗ) та СПБ), досить складно визначити істинну поширеність СПБ [5,6]. У літературі поширеність симптомів простатиту в популяції коливається від 1 до 14,2%.

Єдино релевантна етіологія СПБ невідома. Вважається, що даний больовий синдром включає механізми нейропластичності та невропатичного болю [7]. При цьому депресія та катастрофічне мислення асоціюються з інтенсивнішим болем та слабшими терапевтичними можливостями [8].

СПБ діагностується на підставі анамнезу та переконливого відтворення болю при пальпації передміхурової залози, за умови відсутності підтверджених інфекцій чи іншої патології нижніх сечових шляхів протягом щонайменше трьох з останніх шести місяців. Біль часто реєструється і поза межами передміхурової залози, зокрема в промежині, прямій кишці, статевому члені, яєчках та черевній порожнині. Виходячи з цього, а також враховуючи часту подібність симптоматики, невідомими залишаються якісні та кількісні відмінності тазового болю між пацієнтами з ХНП (СПБ) та ДГПЗ.

Мета роботи. Визначити клінічні відмінності тазового болю у пацієнтів із хронічним небактеріальним простатитом та чоловіків із доброякісною гіперплазією передміхурової залози.

Оригінальні дослідження

Матеріал і методи. У дослідженні взяли участь 67 амбулаторних пацієнтів з патологією простати, основну групу (А) сформовано з 41 досліджуваного з ХНП, до групи порівняння (Б) увійшли 26 чоловіків із ДГПЗ.

Обстеження починалося з опитування скарг, фізикального дослідження живота, зовнішніх геніталій, промежини та ректального дослідження простати. Всім пацієнтам проводили двосклянкову пробу (пре- та пост-масаажний тест, ПМТ), культуральне дослідження (посів) сечі [9], визначення рівнів простат-специфічного антигену (ПСА), ультрасонографічно трансабдомінально оцінювали об'єм простати. За результатами урологічного огляду проводився відбір пацієнтів згідно з критеріями включення та виключення.

Критерії включення:

- Вік більше 30 і менше 80 років
- Біль у простаті, що посилюється при її пальпації (група А)
- Гіперплазія простати / симптоми нижніх сечових шляхів (група Б)
- Тривалість симптомів 6 місяців і більше
- Підписання інформованої згоди на участь у дослідженні.

Критерії виключення:

- Наявність іншої патології нижніх сечових шляхів протягом останніх 6 місяців
- Лікування з приводу даної патології протягом останніх 3 місяців
- Необхідність стаціонарного/хірургічного лікування
- Позитивне культуральне дослідження сечі
- ПСА вище 4 нг/мл
- Активний запальний процес
- Наявність тяжкої соматичної патології.

До основної групи (А) увійшли амбулаторні пацієнти, що за результатами клініко-діагностичного комплексу відповідали діагнозу ХНП, класифікованому міжнародним співтовариством як: тип ІІІ, хронічний абактеріальний простатит — хронічний тазовий біль, підтипи: ІІІа — запального характеру і ІІІб — незапального характеру [3]. За відповідними підтипами пацієнти групи А були розподілені на підгрупи а1 (підтип ІІІа) та а2 (підтип ІІІб). До групи порівняння (Б) відбиралися амбулаторні пацієнти із ДГПЗ та симптомами нижніх сечових шляхів, що не носили ознак запального процесу та не відносилися до групи онкологічного ризику.

Оцінка больового синдрому проводилася за допомогою застосування візуальної аналогової шкали (ВАШ) та больового опитувальника Мак-Гіл. При використанні ВАШ пацієнту пропону-

валося відобразити суб'єктивне відчуття болю. Шкала проградуєвана від 0 до 10, де 0 — відсутність болю, 10 — максимально сильний біль, який коли-небудь доводилося відчувати пацієнту [10].

Аналіз за больовим опитувальником Мак-Гіл дає якісну характеристику болю. Опитувальник складається із сімдесяти восьми прикметників (дескрипторів), що описують біль [11]. Дескриптори болю розподілені по класах, за наростанням смислового значення. Перший клас (1-13-й пункти) дає характеристику болю на сенсорному, другий клас (14-18-й) — на психоемоційному рівні, третій клас (20-й) являє собою вербальну шкалу інтенсивності болю. Пацієнту пропонують відзначити одне слово, яке найбільш точно відображає його/її больові відчуття, у будь-якому (не обов'язково в кожному) з класів.

Оцінку простата-специфічної симптоматики проводили за допомогою опитувальників IPSS (International Prostatic Symptom Score — Міжнародна шкала оцінки простатичних симптомів), NIH-CPSI (National Institute of Health Chronic Prostatitis Symptom Index — Індекс симптомів хронічного простатиту, запропонована Національним інститутом здоров'я, США) та PUF (Pelvic Pain and Urgency/Frequency Patient Symptom Scale — Шкала симптомів тазового болю та терміновості/частоти у пацієнтів).

Шкала IPSS складається з 8 запитань стосовно симптомів нижніх сечових шляхів. Відповіді на перші 7 варіюють у балах від 0 до 5 залежно від ступеня вираженості симптому. Таким чином, максимум балів за симптомами може досягати 35. При цьому значення інтервалів суми балів з метою інтерпретації результатів розподілені таким чином: 0-7 — легка симптоматика; 8-19 — помірний ступінь тяжкості; 20-35 — тяжкий ступінь порушень. Восьме запитання з'ясовує вплив захворювання на якість життя пацієнта і оцінюється від 0 до 6 балів [12].

Опитувальник NIH-CPSI складається із 4 доменів: біль/дискомфорт, сечовипускання, вплив симптомів на життя та якість життя. Перший домен містить 4 запитання, що оцінюють характер больових відчуттів. 1-2 запитання містять 6 підпунктів, кожен з яких оцінюється від 0 до 1 балів, третє запитання — від 0 до 5 балів, четверте — 0-10 балів. Домен сечовипускання містить 2 запитання, кожне з яких оцінюється від 0 до 5 балів. Третій домен містить 2 запитання, кожне з яких оцінюється від 0 до 3 балів, що разом із 4 доменом (одне запитання, 0-6 балів) оцінюють вплив симптомів на життя пацієнта. Сума балів перших двох доменів характеризує ступінь вираженості симптомів, де: 0-9 балів — незначно

виражені симптоми; 10-18 балів — середньо виражені симптоми; 19-31 — тяжка симптоматика. Сума чотирьох доменів (0-43 бали) комплексно оцінює симптоми пацієнта [13].

Шкала PUF складається з 8 запитань, сім з яких оцінюють симптоматику (чотири запитання про характер сечовипускання, три запитання про больові відчуття) та запитання про сексуальну активність. Окрім того, опитувальник включає 4 додаткові запитання, що стосуються впливу конкретних симптомів на життя пацієнта. Таким чином, вираховується вираженість симптомів, ступінь обтяження останніх та сумарний показник [14].

Статистична обробка матеріалу проводилася за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Office Excel 2010. Кількісні змінні описувалися середнім значенням та стандартним відхиленням. Якісні змінні описувалися частотою та відсотком представленості. Достовірність групових відмінностей для сукупностей, які підпорядковуються нормальному розподілу, оцінювали за допомогою критерію Стьюдента (Т).

Результати дослідження та їх обговорення.

Обстежено 67 чоловіків (середній вік $57,81 \pm 9,32$) з діагнозами ХНП ($n = 41$) та ДГПЗ ($n = 26$). Інтенсивність болю на момент обстеження за ВАШ склала $3,52 \pm 1,89$, у пацієнтів з ХНП — $4,71 \pm$

$1,25$, у другій групі — $1,65 \pm 0,98$. Середня тривалість симптомів склала $31,97 \pm 19,65$ міс., у групі А — $31,32 \pm 18,59$ місяця, у пацієнтів з ДГПЗ — $33,00 \pm 21,55$ місяця, мінімальний показник — 6 місяців, максимальний — 6 років. Середній вік появи перших симптомів захворювання становив $55,14 \pm 8,69$ року, у чоловіків з ХНП — $51,07 \pm 7,96$, у групі Б — $61,56 \pm 5,31$ років.

Між групами пацієнтів з ХНП та ДГПЗ достовірно відрізнявся середній вік, де у групі Б він переважав більш ніж на 10 років (табл. 1). Майже вдвічі переважав середній об'єм передміхурової залози у хворих на ДГПЗ ($59,2 \pm 23,61$ мл проти $29,31 \pm 10,05$ мл, $p < 0,0001$). За шкалою симптомів нижніх сечових шляхів IPSS, значно вищий середній бал реєстрували в другій групі, де мінімальний показник (min) становив 10 балів, максимальний (max) — 32. У групі пацієнтів із ХНП сума IPSS коливалася від 1 до 21 бала. Негативний вплив даної симптоматики на якість життя пацієнтів також переважав у групі Б (min=2, max=7). За шкалою NIH CPSI достовірно вищим був середній показник групи А (min=9, max=33), у групі Б: min=7, max=26. При цьому за збалансованою шкалою симптомів болю та якості сечовипускання PUF, середні величини між групами практично не відрізнялися. Пацієнти групи А із СПБ були розподілені на

Таблиця 1

Характеристики основних груп хворих

Показник	Група А – ХНП, (n=41)	Група Б – ДГПЗ, (n=26)
Середній вік, років	$3,68 \pm 8,38$	$64,31 \pm 6,72$ *
Об'єм простати, мл	$29,31 \pm 10,05$	$59,2 \pm 23,61$ *
ПСА загальний, нг/мл	$1,21 \pm 1,08$	$2,98 \pm 1,16$
Тривалість симптомів, міс.	$31,32 \pm 18,59$	$33,00 \pm 21,55$
Шкала IPSS	$10,56 \pm 5,21$	$19,08 \pm 5,96$ *
Індекс якості життя	$2,59 \pm 1,47$	$4,23 \pm 1,24$ *
Шкала NIH CPSI	$21,46 \pm 6,18$	$16,85 \pm 4,81$ ^
Шкала PUF	$13,49 \pm 5,24$	$12,46 \pm 3,04$
ВАШ	$4,71 \pm 1,25$	$1,65 \pm 0,98$ *
Шкала Мак-Гіл	$10,68 \pm 4,83$	$3,31 \pm 1,85$ *

Умовні позначення: * – $p < 0,001$; ^ – $p < 0,01$.

підгрупи: a1 (ХНП типу IIIa) та a2 (ХНП типу IIIб). Значних відмінностей між підгрупами a1, a2 за віком та інтенсивністю болю за ВАШ не спостерігали, при цьому вік пацієнтів групи Б був достовірно вищим, а інтенсивність болю за ВАШ та середній бал за больовим опитувальником Мак-Гіл – нижчими від аналогічних показників

перших двох підгруп. Останній показник також достовірно відрізнявся між підгрупами a1 та a2, будучи вищим у пацієнтів з ХНП типу IIIб. Достовірно переважала тривалість симптомів у групі a2, практично не відрізняючись від такої у пацієнтів з ДГПЗ. Характеристика підгруп пацієнтів представлена у табл. 2. Як видно з

Оригінальні дослідження

Таблиця 2

Характеристики груп та підгруп пацієнтів

Показник	Група a1, (n = 14)	Група a2, (n = 27)	Група Б, (n = 26)
Вік, років	53,43 ± 9,43	53,81 ± 7,98	64,31 ± 6,72 * **
<44, n (%)	3 (21,4)	4 (14,8)	0 (0,0)
45-54, n (%)	5 (35,7)	10 (37,0)	1 (3,8)
55-64, n (%)	4 (28,6)	10 (37,0)	13 (50,0)
65-74, n (%)	2 (14,3)	3 (11,1)	10 (38,5)
>75, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (7,7)
Тривалість симптомів, міс.	23,57 ± 16,47	35,33 ± 18,63 ^	33,00 ± 21,55
3-6, n (%)	1 (7,1)	0 (0,0)	3 (11,5)
7-12, n (%)	4 (28,6)	6 (22,2)	4 (15,4)
13-36, n (%)	6 (42,9)	11 (40,7)	11 (42,3)
> 36, n (%)	3 (21,4)	10 (37,0)	8 (30,8)
Інтенсивність болю за ВАШ, бали	4,43 ± 1,09	4,85 ± 1,32	1,65 ± 0,98 * **
<4, n (%)	3 (21,4)	5 (18,5)	25 (96,2)
4-6, n (%)	11 (78,6)	18 (66,7)	1 (3,8)
7-10, n (%)	0 (0,0)	4 (14,8)	0 (0,0)
Характеристика болю за Мак- Гіл, бали	8,86 ± 3,28	11,63 ± 5,28 ^	3,31 ± 1,85 * **
<5, n (%)	1 (7,1)	1 (3,7)	23 (88,5)
6-10, n (%)	11 (78,6)	13 (48,1)	3 (11,5)
11-15, n (%)	1 (7,1)	8 (29,6)	0 (0,0)
15-20, n (%)	1 (7,1)	2 (7,4)	0 (0,0)
21-25, n (%)	0 (0,0)	3 (11,1)	0 (0,0)
>25, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Умовні позначення: * – $p < 0,01$ з групою a1; ** – $p < 0,01$ з групою a2;
^ – $p < 0,05$ з групою a1.

табл. 2, сумарний показник характеристики болювих відчуттів за Мак-Гіл був достовірно вищим у пацієнтів з ХНП, переважаючи практично в три рази. За кількістю вибраних пацієнтами характеристик болю, у хворих групи А 80,5% припадає на інтервал від 6 до 15 обраних дескрипторів, 14,6% представників даної групи обрали від 15 до 25 дескрипторів, тоді як серед пацієнтів з ДГПЗ – 88,5% респондентів обрали менше 5 характеристик болю. У скаргах пацієнтів з ХНП найчастіше траплялись наступні дескриптори болю: ниючий, тягнучий, тиснучий, тупий, стискаючий, поширюючий, щипаючий, дряпаючий та інші. Характеристики дескрипторів болю та їх представленість зазначені у таблиці 3. Ниючий біль траплявся у 32 хворих на ХНП (78,0%), тягнучий – у 29 (70,7%), тиснучий – у

25 (61,0%), тупий – у 21 респондента (51,2%). Вони мали характер від короткочасного до перманентного (з хвилеподібними епізодами коливання інтенсивності), глибоку локалізацію і змінну інтенсивність, частіше виникали при тривалому сидячому положенні або мимовільно. Окрім того, 28 пацієнтів (68,3%) охарактеризували свій біль як перешкоду, 19 (46,3%) – як біль-прикрість, та 11 (26,8%) – як біль-страждання.

У результаті роботи було визначено, що група А характеризувалася достовірно меншим віком, більшою інтенсивністю болю за ВАШ та вищим середнім значенням за Мак-Гіл. У переважній кількості пацієнтів цієї групи тривалість болю складала від 6 до 72 місяців, що практично не відрізнялося від пацієнтів з ДГПЗ. Перша група пацієнтів також мала достовірно вищі показни-

ки тесту NIH-CPSI та нижчі показники I-PSS у порівнянні з пацієнтами групи Б. При цьому середні значення опитувальника PUF практично не відрізнялися між основними групами. Це свідчить

про переважаючу роль больової симптоматики у пацієнтів з ХНП-СПБ, коли у групі хворих на ДГПЗ основне значення відігравали функціональні симптоми нижніх сечових шляхів. Визначено

Таблиця 3

Дескриптори болю та їх поширеність у пацієнтів з хронічним небактеріальним простатитом

Дескриптор болю	Поширеність (n, %)
Ниючий	32 (78,0%)
Тягнучий	29 (70,7%)
Тиснучий	25 (61,0%)
Тупий	21 (51,2%)
Стискаючий	17 (41,5%)
Поширюючий	15 (36,6%)
Щипаючий	14 (34,1%)
Дряпаючий	12 (29,3%)
Колючий	11 (26,8%)
Німіий	10 (24,4%)
Впиваючий	9 (22,0%)
Ппульсуючий	7 (17,1%)
Дескриптори почуття	
Перешкода	28 (68,3%)
Прикрість	19 (46,3%)
Страждання	11 (26,8%)
Пригнічує	14 (34,1%)
Стомлює	9 (22,0%)

Таблиця 4

Інтенсивність симптоматики в обстежених пацієнтів

	Група а1, (n = 14)	Група а2, (n = 27)	Група Б, (n = 26)
Шкала IPSS	8,14 ± 4,52	11,81 ± 5,17 ^	19,08 ± 5,96 ***
Індекс якості життя	2,14 ± 1,56	2,81 ± 1,39	4,23 ± 1,24 ***
Шкала NIH CPSI	18,93 ± 5,77	22,78 ± 6,07	16,85 ± 4,81 **
Симптоми болю	8,57 ± 2,79	9,74 ± 2,99	3,15 ± 1,74 ***
Симптоми сечовиділення	3,79 ± 1,76	5,19 ± 1,94 ^	7,08 ± 1,62 ***
Вираженість симптомів	12,36 ± 4,09	14,93 ± 4,49	10,23 ± 3,18 **
Обтяженість симптомами	6,57 ± 2,17	7,85 ± 1,92	6,62 ± 1,79 ^^
Шкала PUF	11,14 ± 4,54	14,7 ± 5,23 ^	12,46 ± 3,04
Показник симптомів	6,50 ± 3,01	9,19 ± 3,48 ^	9,27 ± 1,56 *
Показник обтяження	4,64 ± 1,65	5,52 ± 1,85	3,19 ± 1,55 ^ **
ВАШ	4,43 ± 1,09	4,85 ± 1,32	1,65 ± 0,98 * **
Шкала Мак-Гіл	8,86 ± 3,28	11,63 ± 5,28 ^	3,31 ± 1,85 * **

Умовні позначення: * – p < 0,01 з групою а1; ** – p < 0,01 з групою а2;

^ – p < 0,05 з групою а1; ^^ – p < 0,05 з групою а2.

Оригінальні дослідження

(табл. 4), що підгрупа a1 характеризувалася достовірно ($p < 0,05$) меншою тривалістю симптомів ($23,57 \pm 16,47$ місяця) та нижчим середнім значенням I-PSS відносно групи a2 ($8,14 \pm 4,52$ проти $11,81 \pm 5,17$ бала, $p < 0,05$), що зумовлено переважанням симптоматики сечовиділення у пацієнтів з ХНП типу IIIб. Підтвердженням такої думки була достовірна різниця ($p < 0,05$) індексів PUF між підгрупами a1 та a2 ($11,14 \pm 4,54$ проти $14,70 \pm 5,23$ бала відповідно), де показник обох підгруп практично не відрізнявся від групи Б. Переважання середнього значення тесту NIH-CPSI у підгрупі a2 не мало статистичного значення по відношенню до підгрупи a1, будучи достовірно вищим від такого у групі пацієнтів з ДГПЗ ($22,78 \pm 6,07$ проти $16,85 \pm 4,81$ бала, $p < 0,001$).

У групі пацієнтів з ХНП найчастіше траплялися ниючий (78,0%), тягнучий (70,7%), тиснучий (61,0%), тупий (51,2%) болі. Ці дескриптори не можуть виключати невропатичного компонента болю. При цьому в 37% пацієнтів підгрупи a2 тривалість болю становила понад 3 роки, чим можна пояснити достовірне ($p < 0,05$) переважання загального бала за Мак-Гіл відносно підгрупи a1.

Таким чином, за даними комплексного обстеження груп пацієнтів із ХНП та ДГПЗ було визначено як наявність певних спільних рис між групами (тривалість болю та оцінка симптоматики за шкалою PUF), так і певні особливості, що добре виділяються при розподілі хворих на ХНП на підгрупи запального і незапального типів (значення тестів NIH-CPSI, I-PSS та Мак Гіл).

Висновки

1. Тазовий біль пацієнтів з хронічним небактеріальним простатитом клінічно характеризувався невропатичним компонентом, на відміну від хворих із доброякісною гіперплазією передміхурової залози, де провідним чинником виступав характер сечопуску. Клінічні особливості хронічного небактеріального простатиту чітко виділяються при розподілі пацієнтів на підгрупи відповідно до Консенсусу Національного інституту здоров'я США.

2. З метою диференціації тазового болю, лікарям різних спеціальностей у клінічній практиці доцільно користуватися опитувальниками ВАШ, Мак-Гіл, NIH-CPSI та I-PSS, що дозволить оцінити провідний механізм болю, прогноз захворювання та вибрати оптимальний патогенетичний лікувальний підхід.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним є визначення психоневрологічних механізмів хронізації тазового болю та з'ясування ролі органічних порушень на тканинному та ультраструктурному рівнях.

Список літератури

1. Fall M, Baranowski AP, Fowler CJ, Lepinard V, Malone-Lee JG, Messelink EJ, et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain. *Eur Urol.* 2004;46:681.
2. Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain. Seattle: IASP Press; 1994.
3. Krieger JN, Nyberg L Jr, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA.* 1999;282:236.
4. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain.* 2006;10:287.
5. Barry MJ, Link CL, McNaughton-Collins MF, McKinlay JB. Overlap of different urological symptom complexes in a racially and ethnically diverse, community-based population of men and women. *BJU Int.* 2007;101:45-51.
6. Krieger JN, Lee SW, Jeon J, et al. Epidemiology of prostatitis. *Int J Antimicrob Agents.* 2008;31(Suppl1):S85-90.
7. Linley JE, Rose K, Ooi L, Gamper N. Understanding inflammatory pain: ion channels contributing to acute and chronic nociception. *Pflugers Arch.* 2010;459:657-69.
8. Chung SD, Lin HC. Association between chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and anxiety disorder: a population-based study. *PLoS ONE [Electronic Resource].* 2013;8(5):e64630.
9. Nickel JC, Shoskes D, Wang Y, Alexander RB, Fowler JE Jr, 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;176:119-24.
10. Gerlinger C, Schumacher U, Faustmann T, Colligs A, Schmitz H, Seitz C. Defining a minimal clinically important difference for endometriosis-associated pelvic pain measured on a visual analog scale: analyses of two placebo-controlled, randomized trials. *Health Qual Life Outcomes.* 2010;8:138.
11. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain.* 1975;1(3):277-299.
12. Mebust W. Symptom evaluation, quality of life and sexuality. 2nd Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia (BPH); 1993; Jersey, Channel Islands; 1979.
13. Litwin MS, McNaughton-Collins M, Fowler FJ Jr, Nickel JC, Calhoun EA, Pontari MA, et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. *J Urol.* 1999; 162:369-75.
14. Parsons CL, Dell J, Stanford EJ, et al. Increased prevalence of interstitial cystitis: previously unrecognized urologic and gynecologic cases identified using a new symptom questionnaire and intravesical potassium sensitivity. *Urology.* 2002;60:573-8.

Відомості про авторів:

Федорук О. С. — д.мед.н., професор, завідувач кафедри урології та нейрохірургії, Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м.Чернівці.

Степанченко М. С. — к.мед.н., старший лаборант кафедри урології та нейрохірургії, асистент кафедри фізіології ім. Я. Д. Кіршенבלата, Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м.Чернівці.

Романенко В. І. — к.мед.н., начальник наукового відділу, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м.Київ.

Сведения об авторах:

Федорук А. С. — д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой урологии и нейрохирургии, Высшее государственное учебное заведение Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы (Украина).

Степанченко М. С. — к.мед.н., старший лаборант кафедры урологии и нейрохирургии, ассистент кафедры физиологии им. Я. Д. Киршенבלата, Высшее государственное учебное заведение Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы (Украина).

Романенко В. І. — к.мед.н., начальник научного отдела, Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, г. Киев (Украина).

Information about the authors:

Fedoruk O. S. — PhD, Professor, Head of Department of Urology and Neurosurgery, Higher State Educational Institution of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Chernivtsi (Ukraine).

Stepanchenko M. S. — PhD, Senior Lab Assistant, Department of Urology and Neurosurgery, Assistant Professor, Ya. D. Kirshenblat Department of physiology, Higher State Educational Institution of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Chernivtsi (Ukraine).

Romanenko V. I. — PhD, Head of Scientific Department, P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv (Ukraine).

Надійшла до редакції 20.11.2017

Рецензент – проф. Зайцев В.І.

© О.С. Федорук, М.С. Степанченко, В.І. Романенко, 2017