

## ОЦІНКА ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ПРОСТАТИТОМ / СИНДРОМОМ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ

Кулик С.С.<sup>1</sup>, Федорук О.С.<sup>2</sup>, Кулик А.Р.<sup>3</sup>

<sup>1,2</sup> Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

<sup>3</sup> ДНП Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

**Ключові слова:** хронічний простатит, синдром хронічного тазового болю, депресія, тривога, нейропатичний біль, якість життя.

Буковинський медичний вісник.  
2025. Т. 29, № 4 (116). С. 47-53.

DOI: 10.24061/2413-  
0737.29.4.116.2025.8

E-mail: soft0207@gmail.com  
doc100@i.ua,  
andriy\_kulyk@ukr.net

**Резюме.** Хронічний простатит/синдром хронічного тазового болю є однією з найпоширеніших урологічних патологій у чоловіків репродуктивного віку, що супроводжується значними психоемоційними порушеннями та зниженням якості життя. Незважаючи на складну етіологію та патогенез, роль афективних і нейропатичних механізмів у формуванні больового синдрому залишається недостатньо вивченою.

**Мета дослідження** – оцінити поширеність психоемоційних розладів і визначити зв'язок між рівнем депресії та нейропатичним компонентом болю у пацієнтів із хронічним простатитом/синдромом хронічного тазового болю.

**Матеріал і методи.** Обстежено 128 пацієнтів віком 18-40 років з діагнозом хронічний простатит/синдром хронічного тазового болю. Для оцінки психоемоційного стану використовувалися опитувальники PHQ-9 та GAD-7, для визначення нейропатичного компонента болю – DN4, якість життя оцінено за EQ-5D. Статистичний аналіз проводили з використанням критерію Краскела–Волліса, тесту Данна та кореляційних методів.

**Результати.** У 68% пацієнтів виявлено клінічно значущі депресивні симптоми, у 61% – підвищений рівень тривожності. Середній показник PHQ-9 становив 11,2±4,5 бала, GAD-7 – 9,8±3,7 бала, що відповідає помірному ступеню афективних розладів. Із підвищенням тяжкості соматичних проявів за NIH-CPSI відзначено зростання показників депресії ( $p<0,001$ ) і погіршення якості життя за EQ-5D ( $p<0,01$ ). Виявлено виражений позитивний кореляційний зв'язок між рівнем депресії (PHQ-9) та нейропатичним болем (DN4) ( $r=0,87$ ;  $p<0,001$ ), що підтверджує взаємозалежність афективних і сенсорних механізмів хронічного болю.

**Висновки.** Психоемоційні розлади є поширеним і клінічно значущим компонентом хронічного простатиту/синдрому хронічного тазового болю. Їх інтенсивність тісно пов'язана з тяжкістю больового синдрому та наявністю нейропатичного компонента, що зумовлює необхідність мультидисциплінарного підходу з обов'язковим психоемоційним скринінгом і цільовою корекцією афективних порушень.

## ASSESSMENT OF PSYCHO-EMOTIONAL DISORDERS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS / CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME

Kulyk S.S., Fedoruk O.S., Kulyk A.R.

**Key words:** chronic prostatitis, chronic pelvic pain syndrome, depression, anxiety, neuropathic pain, quality of life.

Bukovinian Medical Herald. 2025.  
V. 29, № 4 (116). P. 47-53.

**Resume.** Chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome remains one of the most prevalent urological disorders in men of reproductive age and is frequently accompanied by psychoemotional disturbances and a significant decline in quality of life. Despite extensive investigation, the role of affective and neuropathic mechanisms in the development and maintenance of pain in chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome has not been sufficiently elucidated.

**Objective:** To assess the prevalence and intensity of psychoemotional disorders and to determine the relationship between depressive symptoms and the neuropathic component of pain in patients with chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome.

## Оригінальні дослідження

**Material and methods.** A total of 128 men aged 22–40 years diagnosed with chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome were examined. Psychoemotional status was assessed using the PHQ-9 and GAD-7 questionnaires; the neuropathic component of pain was evaluated using the DN4 scale, and quality of life was measured with the EQ-5D questionnaire. Statistical analysis was performed using the Kruskal–Wallis test, Dunn's post hoc test, and correlation analysis.

**Result:** Clinically significant depressive symptoms were detected in 68% of patients, while 61% demonstrated elevated anxiety levels. The mean PHQ-9 and GAD-7 scores were  $11.2 \pm 4.5$  and  $9.8 \pm 3.7$ , respectively, indicating a moderate degree of affective disturbance. Depression severity increased proportionally with higher NIH-CPSI scores ( $p < 0.001$ ) and was associated with reduced EQ-5D quality-of-life indices ( $p < 0.01$ ). A strong positive correlation was found between depressive symptoms (PHQ-9) and the neuropathic pain score (DN4) ( $r = 0.87$ ;  $p < 0.001$ ), highlighting the close interaction between affective dysregulation and sensory mechanisms in the pathophysiology of chronic pelvic pain.

**Conclusions.** Psychoemotional disorders represent a common and clinically significant component of chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome. Their severity is closely related to the intensity of pain and the presence of neuropathic mechanisms, underscoring the need for a multidisciplinary management approach that integrates psychoemotional screening and targeted correction of affective disturbances.

**Вступ.** 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, більшості з яких діагностують саме ХП/СХТБ, а не гострий чи хронічний бактерійний простатит [1, 2]. Попри відсутність достовірних епідеміологічних даних щодо поширеності ХП/СХТБ в Україні, можна припустити, що дана проблема є поширеним, неприємним станом серед чоловіків різного віку, який погіршує якість життя і має значний економічний вплив [3–5].

Існує велика кількість теорій, що пояснюють патофізіологічні процеси, які лежать в основі ХП/СХТБ. Враховуючи значну кількість досліджень, присвячених даній проблемі, а також проміжок часу понад 50 років, за який ця проблема прицільно вивчалась, виникло багато дискусійних моментів. На думку більшості дослідників найбільш імовірною на сьогодні є мультифакторна теорія, що включає спектр можливих причин і послідовність чи взаємодію кількох етіологічних факторів [6].

Як відображено в низці публікацій, психологічні фактори повинні серйозно братися до уваги при оцінці патогенезу будь-якого хронічного болю [7–9]. Згідно з біопсихосоціальною моделлю, яка є панівною 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 сприяють хронізації болю [4, 10, 11].

Стрес, що неминує пов'язаний із СХТБ, створює замкнене 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 [12].

Як свідчать результати досліджень, психоемоційні порушення, зокрема тривожні та депресивні розлади, значно частіше трапляються у чоловіків із синдромом хронічного тазового болю (СХТБ), ніж у загальній популяції. Зокрема, Clemens і співавт. (2008) у порівняльному дослідженні виявили, що пацієнти з ХП/СХТБ мають вищу поширеність діагнозів депресії, генералізованого тривожного розладу та панічних атак порівняно з контрольною групою. Водночас погіршення психоемоційного стану тісно асоціюється зі зниженням якості життя. У дослідженні Tigrp та співавт. (2006) встановлено, що афективні порушення, зокрема катастрофізація болю, депресія і тривожність, є потужними предикторами зниження якості життя у пацієнтів із ХП/СХТБ. Такий психоемоційний дистрес не лише поглиблює сприйняття больового синдрому, а й впливає на загальне функціонування, соціальну активність та ефективність терапії.

Накопичені дані вказують на те, що у частини пацієнтів із хронічним ХП/СХТБ спостерігаються ознаки нейропатичного болю, зумовлені нейроваскулярною дисфункцією, периферичною та центральною сенситизацією, а також порушенням нейроімунної взаємодії [13].

Враховуючи вищенаведені дані, комплексна оцінка психоемоційних порушень та їх вплив на якість життя пацієнтів з ХП/СХТБ має важливе клінічне значення та не має належного відображення у вітчизняних публікаціях.

**Мета роботи** – оцінити поширеність психоемоційних розладів (тривоги та депресії) серед

пацієнтів з ХП/СХТБ, а також показники якості життя у даних пацієнтів залежно від вираженості симптомів. Оцінити зв'язок депресії та нейропатичного компонента болю у пацієнтів з ХП/СХТБ.

**Матеріал і методи.** Для досягнення мети на основі критеріїв включення (тривалість захворювання не менше трьох місяців, відповідність критеріям ХП/СХТБ, відсутність урогенітальної інфекції) сформована основна група учасників дослідження [9]. Пацієнтів основної групи з метою проведення кроссекційного дослідження розподілено на три підгрупи, залежно від сумарного бала за шкалою NIH-CPSI: з легкими (ЛС,  $\leq 14$  балів), помірними (ПС, 15–29 балів) та тяжкими (ТС,  $\geq 30$  балів) симптомами.

До основної групи (ОГ) увійшли 128 чоловіків віком від 18 до 40 років, середній вік яких склав ( $29,6 \pm 6,8$ ) років. До підгрупи з легкими симптомами (ЛС) – 16 чоловіків, середній вік яких склав ( $31,3 \pm 7,1$ ) років, з помірними симптомами (ПС) – 76 пацієнтів, середній вік ( $28,8 \pm 6,4$ ), та до групи з тяжкими симптомами (ТС) увійшли 36 пацієнтів, середній вік ( $30,8 \pm 7,3$ ) років. Окремо сформована група контролю (К), яка складалась з 20 відносно здорових чоловіків віком від 19 до 38 років, середній вік ( $27,6 \pm 8,1$ ) років.

Оцінку якості життя пацієнтів здійснювали за допомогою опитувальника EQ-5D (European Quality of Life – 5 Dimensions), який є стандартизованим інструментом для вимірювання загального стану здоров'я. Він охоплює п'ять ключових вимірів: рухливість, здатність до самообслуговування, щоденну активність, біль/дискомфорт і тривогу/депресію.

Оцінку депресивної симптоматики в пацієнтів проводили із застосуванням PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) — опитувальника, що ґрунтується на діагностичних критеріях депресивного епізоду згідно з DSM-IV. Опитувальник складається з дев'яти пунктів, кожен з яких відображає ключові когнітивні, емоційні та соматичні прояви депресії, включаючи зниження настрою, втрату інтересу до звичних видів діяльності, зміну апетиту, порушення сну, відчуття втоми, труднощі з концентрацією, психомоторну загальмованість або збудження, думки про власну меншовартість та суїцидальні ідеї.

Для оцінки рівня тривожної симптоматики в обстежених пацієнтів застосовували україномовну версію опитувальника GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7), який є стандартизованим інструментом для скринінгу, кількісної оцінки та моніторингу симптомів тривожних розладів. Опитувальник складається із семи запитань, що охоплюють основні клінічні прояви тривоги, зокрема нервозність, почуття напруження, труднощі з контролем тривожних думок, надмірне хвилювання з приводу щоденних справ, неможливість розслабитися, психомоторну збудженість або рухову неспокійність, підвищену дратівливість і страх виникнення поганих подій.

Для верифікації нейропатичного компонента болю в пацієнтів застосовували опитувальник DN4 (Douleur Neuropathique 4), адаптований українською мовою.

Цей інструмент є клінічно валідованим способом оцінки нейропатичного компонента болю, що включає 10 позицій, розподілених на три блоки [14]. Підсумковий бал  $\geq 4$  вказує на високу ймовірність нейропатичного болю.

Статистичну обробку даних проведено з використанням програми GraphPad Prism 10. Кількісні показники перевіряли на нормальність розподілу за допомогою тесту Шапіро–Уїлка. У разі нормального розподілу дані представляли як середнє значення  $\pm$  стандартне відхилення ( $M \pm SD$ ), при відхиленні — як медіану та міжквартильний інтервал [ $Me (Q1; Q3)$ ]. Для порівняння показників між кількома незалежними групами застосовували однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) з пост-хок тестом Тьюкі або тест Краскела–Волліса з множинними порівняннями за методом Данна — залежно від характеру розподілу. Для аналізу зв'язку між показниками проводили кореляційний аналіз із розрахунком коефіцієнта Пірсона (для нормально розподілених даних) або Спірмена (для ненормально розподілених).

#### Результати дослідження та їх обговорення

Статистичний аналіз показників депресії за шкалою PHQ-9 у пацієнтів з ХП/СХТБ, розподілених за ступенем вираженості симптомів відповідно до NIH-CPSI, засвідчив наявність достовірних міжгрупових відмінностей ( $H=36.00$ ;  $p<0.0001$ ;  $df=3$ ). Встановлено такі медіанні значення PHQ-9: у групі з тяжкими симптомами (ТС) — 13 (9.5–14.75), у групі з помірними симптомами (ПС) — 7 (5–9), у групі з легкими симптомами (ЛС) — 7.5 (4.25–15.25), а в основній групі (ОГ) — 9 (6–12). У контрольній групі (КГ) цей показник був значно нижчим — 3 (1–5). Пост-хок аналіз показав достовірно вищі рівні депресії у пацієнтів групи ТС порівняно з ПС ( $p<0.0001$ ), ЛС ( $p=0.0070$ ) та ОГ ( $p<0.0001$ ). Крім того, рівень депресивної симптоматики в основній групі (ОГ) був статистично вищим, ніж у контрольній групі ( $p=0.0012$ ). Водночас, між іншими групами статистично значущих відмінностей не зафіксовано ( $p>0.05$ ). Отримані результати свідчать про наявність асоціації між вираженістю соматичних симптомів та рівнем депресії у пацієнтів із СХТБ, а також про підвищений рівень афективної обтяженості навіть серед пацієнтів із мінімальними або помірними клінічними проявами.

Згідно з оригінальною валідацією інструмента PHQ-9, значення  $\geq 10$  балів є загальновизнаним клінічним порогом для діагностування помірних або тяжких форм депресивних розладів. У даному дослідженні саме цей критерій був використаний для ідентифікації клінічно значущих проявів депресії серед пацієнтів з ХП/СХТБ. Найвищу частку клінічно значущих депресивних симптомів ( $PHQ-9 \geq 10$ ) виявлено в пацієнтів із тяжкими симптомами ХП/СХТБ: 75% з них мали помірну або помірно тяжку депресію. У групах із помірними (ПС) та легкими (ЛС) симптомами ці показники становили відповідно 21.1% та 31.2%, тоді як у контрольній групі клінічно значуща депресія не траплялася. В основній групі (ОГ) частка

## Оригінальні дослідження

пацієнтів із PHQ-9  $\geq 10$  сягала 37.5%. Частка тяжкої депресії (PHQ-9  $\geq 20$ ) зафіксована лише в поодиноких випадках у ЛС та ОГ. Ці дані свідчать про чітку

тенденцію до зростання емоційного напруження зі зростанням тяжкості соматичних симптомів. Дані представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл депресивних симптомів (PHQ-9) у підгрупах пацієнтів з ХП/СХТБ

| Група | Медіана [Q1–Q3]                                                                                | Мінімальна (0–4) | Легка (5–9) | Помірна (10–14) | Помірно тяжка (15–19) | Тяжка (20–27) |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|-----------------|-----------------------|---------------|
| КГ    | 3<br>[1–5]                                                                                     | 13<br>(65.0%)    | 6 (30.0%)   | 1<br>(5.0%)     | 0<br>(0.0%)           | 0<br>(0.0%)   |
| ОГ    | 9<br>[6–12]<br>$p_k < 0,001$                                                                   | 12<br>(12.5%)    | 48 (50.0%)  | 26 (27.3%)      | 8<br>(8.6%)           | 2 (1.6%)      |
| ЛС    | 7.5<br>[4.25–15.25]<br>$p_k < 0,001$                                                           | 4<br>(25.0%)     | 7 (43.8%)   | 1<br>(6.2%)     | 2 (12.5%)             | 2 (12.5%)     |
| ПС    | 7<br>[5–9]<br>$p_k < 0,001$                                                                    | 12<br>(15.8%)    | 48 (63.2%)  | 16 (21.1%)      | 0<br>(0%)             | 0<br>(0%)     |
| ТС    | 13<br>[9.5–14.75]<br>$p_k < 0,001$<br>$p_{ог} < 0,001$<br>$p_{лс} = 0,007$<br>$p_{пс} < 0,001$ | 0<br>(0.0%)      | 9 (25.0%)   | 18 (50.0%)      | 9 (25.0%)             | 0<br>(0%)     |

Примітка:

- $p_k$  – вірогідність відмінностей між групою та контрольною групою  
 $p_{ог}$  – вірогідність відмінностей між групою та основною групою  
 $p_{лс}$  – вірогідність відмінностей між групою та групою ЛС  
 $p_{пс}$  – вірогідність відмінностей між групою та групою ПС.

Отже, результати аналізу розподілу рівнів депресії свідчать про значну емоційну обтяженість пацієнтів із хронічним тазовим боєм, особливо в підгрупі з тяжкими симптомами за NIH-CPSI (рис 1). У цій групі 75% мали клінічно значущу депресію, що суттєво перевищує показники інших підгруп та контрольної групи. Зокрема, навіть серед пацієнтів з легкими або помірними проявами захворювання, частка осіб із PHQ-9  $\geq 10$  перевищувала 20–30%, що вказує на потребу систематичного психоемоційного скринінгу у даній когорті.

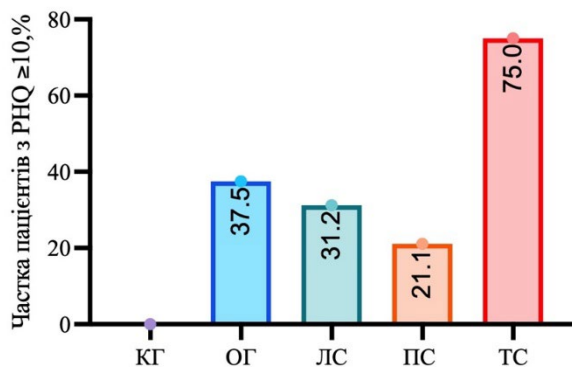


Рис 1. Поширеність клінічно значущої депресії (PHQ-9  $\geq 10$ ) у групах

Зважаючи на зростаючу кількість даних щодо ролі нейропатичного компонента болю в патогенезі синдрому хронічного тазового болю, доцільним було проведення стратифікації пацієнтів за шкалою DN4 з метою вивчення впливу наявності нейропатичного механізму на рівень депресивної симптоматики. Такий підхід дозволяє глибше зрозуміти психоемоційний профіль хворих з ХП/СХТБ та оцінити потребу в диференційованих психосоціальних або фармакотерапевтичних стратегіях.

У загальній вибірці пацієнтів з ХП/СХТБ медіана оцінки згідно з опитувальником DN4 становила 3,0 (1,0–4,0) бала. У підгрупі пацієнтів з легкими симптомами медіана склала 2,0 (0,25–5,5) бала, з помірними симптомами — 2,0 (1,0–3,0) бала, тоді як у групі з тяжкими симптомами — 3,0 (3,0–5,0) бала. Оцінка нейропатичного компонента болю за шкалою DN4 виявила статистично значущі відмінності між групами пацієнтів, стратифікованими за ступенем тяжкості симптомів відповідно до NIH-CPSI ( $p < 0,0001$ ,  $N=25,98$ ). Пост-хок аналіз за критерієм Данна підтвердив достовірні розбіжності між групами з помірними та тяжкими симптомами ( $p < 0,0001$ ), тоді як між групами з легкими та тяжкими ( $p=0,13$ ), а також легкими та помірними симптомами ( $p > 0,99$ ) статистично значущих відмінностей не виявлено.

Крім того, спостерігався сильний позитивний

кореляційний зв'язок між DN4 та рівнем депресивних проявів за шкалою PHQ-9 ( $r=0,87$ ;  $p<0,0001$ ), що може вказувати на наявність психоемоційного компонента в пацієнтів з вираженим нейропатичним болем. Водночас кореляція між DN4 та оцінкою тривожності за шкалою GAD-7 була статистично незначущою ( $r=0,08$ ;  $p=0,3236$ ), що свідчить про відсутність достовірного зв'язку між нейропатичним компонентом болю та рівнем тривоги. Зв'язок між DN4 та загальною оцінкою якості життя за індексом EQ-5D виявився слабким і статистично незначущим ( $r=0,02$ ;  $p=0,8564$ ), що може вказувати на те, що глобальна самооцінка якості життя не завжди відображає наявність нейропатичного компонента болю в пацієнтів із ХП/СХТБ. Таким чином, DN4 виявляє тісний зв'язок не лише з больовими характеристиками, а й з психоемоційним станом пацієнтів, що зумовлює доцільність його рутинного використання в клінічній практиці.

Аналіз показників за шкалою PHQ-9 у пацієнтів основної групи засвідчив, що рівень депресії був значно вищим серед осіб з наявністю нейропатичного компонента болю ( $DN \geq 4$ ): медіана — 13 (10–15), тоді як у підгрупі без нейропатичного компонента ( $DN < 4$ ) вона становила 7 (5–9). Відмінність між групами була статистично значущою ( $U=803,5$ ,  $p<0,0001$ ). Частка пацієнтів із клінічно значущими проявами депресії ( $PHQ-9 \geq 10$ ) у групі  $DN \geq 4$  досягала 65,7%, тоді як у  $DN < 4$  — лише 21,5%, відмінність між групами була вірогідною ( $\chi^2=21,97$ ,  $p<0,0001$ ).

Схожа тенденція простежувалась і в клінічних підгрупах. Зокрема, у пацієнтів з тяжкими симптомами (ТС) частка клінічно значущої депресії у підгрупі  $DN \geq 4$  становила 88,2% [медіана  $PHQ-9$  — 14 (13–16)], тоді як у підгрупі без нейропатичного компонента — 63,2% [медіана — 12 (9–13)]. У групі з помірними симптомами (ПС) ці показники становили відповідно 38,9% і 12,5%, а в пацієнтів з легкими симптомами (ЛС) — 75,0% проти 0,0%. В усіх випадках наявність нейропатичного компонента асоціювалася з вищими показниками депресії та значно більшою часткою пацієнтів з  $PHQ-9 \geq 10$ . Детальна оцінка представлена на рисунку 1.

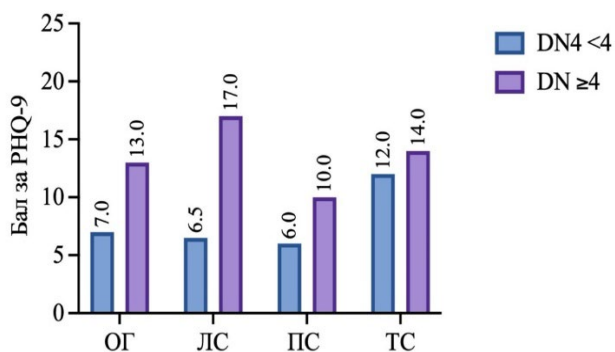


Рис. 2. Розподіл медіан ( $PHQ-9$ ) у пацієнтів з наявним та відсутнім нейропатичним компонентом болю

Отримані результати свідчать про тісний зв'язок між нейропатичним механізмом болю та афективною обтяженістю пацієнтів із ХП/СХТБ, що підкреслює необхідність включення DN4 до комплексного обстеження таких хворих і може слугувати орієнтиром при виборі лікувальної тактики. Враховуючи високий рівень депресивної симптоматики, особливо серед пацієнтів із наявністю нейропатичного компонента болю ( $DN \geq 4$ ), доцільним виглядає розгляд можливості запровадження цільових психотерапевтичних або медикаментозних інструментів.

Статистичний аналіз рівня тривоги за шкалою GAD-7 у пацієнтів з ХП/СХТБ, розподілених за вираженістю симптомів відповідно до NIH-CPSI, засвідчив наявність достовірних міжгрупових відмінностей ( $H=23,55$ ;  $p<0,0001$ ,  $df=4$ ). Медіанні значення GAD-7 становили: у групі з тяжкими симптомами (ТС) — 9,50 (6,00–14,25), з помірними (ПС) — 11,00 (5,00–15,75), з легкими (ЛС) — 11,00 (5,25–14,25), в основній групі (ОГ) — 11,00 (5,00–15,75). У контрольній групі показник GAD-7 був істотно нижчим — 4,00 (2,00–6,25).

Пост-хок аналіз підтвердив, що пацієнти основної групи мали достовірно вищий рівень тривоги порівняно з контрольною групою ( $p<0,001$ ). Водночас між клінічними підгрупами (ЛС, ПС, ТС) та основною групою не виявлено статистично значущих відмінностей ( $p>0,05$ ), що свідчить про стабільно високий рівень тривожних симптомів серед усіх пацієнтів із ХП/СХТБ, незалежно від вираженості соматичних проявів. Відсутність диференціації між підгрупами, ймовірно, відображає системний характер тривожних розладів при ХП/СХТБ, який меншою мірою залежить від соматичної вираженості захворювання.

Узагальнений аналіз виявив, що рівень тривожності за шкалою GAD-7 у пацієнтів із хронічним тазовим болем не продемонстрував статистично значущих кореляцій з жодним із клініко-психометричних показників, включаючи загальний бал NIH-CPSI, показники болю за VAS та SF-MPQ, індекс EQ-5D та рівень депресії за  $PHQ-9$  ( $r=0,07$ – $0,14$ ,  $p>0,05$ ). Вказані результати свідчать про відносну автономність тривожного компонента в пацієнтів із ХП/СХТБ, тобто його менш тісний зв'язок із клінічними параметрами болю та якості життя, на відміну від депресивних проявів. З урахуванням встановлених взаємозв'язків між тривогою та підвищеним больовим сприйняттям, результати підкреслюють необхідність включення психологічного скринінгу та підтримки до загальної стратегії лікування таких пацієнтів.

Аналіз якості життя за шкалою EQ-5D-5L серед пацієнтів з ХП/СХТБ та контрольної групи виявив достовірні міжгрупові відмінності ( $F=2,4$ ,  $p<0,0001$ ). Середнє значення індексу EQ-5D в основній групі (ОГ) становило ( $0,775 \pm 0,058$ ), у групі з легкими симптомами (ЛС) — ( $0,762 \pm 0,056$ ), з помірними (ПС) — ( $0,781 \pm 0,060$ ), з тяжкими (ТС) — ( $0,769 \pm 0,053$ ). Для контрольної групи цей показник був суттєво вищим —

## Оригінальні дослідження

(0,934±0,029). Пост-хок аналіз показав, що всі клінічні групи достовірно відрізнялися від контрольної, зокрема і основна група — ( $p < 0.0001$ ), тоді як між клінічними підгрупами (ОГ, ЛС, ПС, ТС) статистично значущих відмінностей не зафіксовано ( $p > 0.05$ ). Отримані результати свідчать про загальне зниження якості життя у пацієнтів із СХТБ, незалежно від ступеня вираженості симптомів простатиту. Це має важливе клінічне значення, оскільки навіть пацієнти з легкими симптомами можуть демонструвати суттєве зниження функціонального статусу та суб'єктивного самопочуття, що нерідко залишається поза фокусом уваги лікарів. Таким чином, результати підкреслюють необхідність системного підходу до ведення всіх пацієнтів з ХП/СХТБ, незалежно від тяжкості клінічних проявів. Дані розподілу рівня тривоги (GAD-7) та якості життя (EQ-5D) представлені в таблиці 2.

Таблиця 2

## Показники тривожності (GAD-7) та якості життя (EQ-5D index)

| Група | GAD-7,<br>медіана [Q1–Q3]          | EQ-5D,<br>M ± SD               |
|-------|------------------------------------|--------------------------------|
| КГ    | 5.0 [3.0–6.0]                      | 0.934 ± 0.029                  |
| ОГ    | 11.0 [5.0–15.75]<br>$p_k < 0,001$  | 0.775 ± 0.058<br>$p_k < 0,001$ |
| ЛС    | 11.0 [5.25–14.25]<br>$p_k < 0,001$ | 0.762 ± 0.056<br>$p_k < 0,001$ |
| ПС    | 11.0 [5.0–15.75]<br>$p_k < 0,001$  | 0.781 ± 0.060<br>$p_k < 0,001$ |
| ТС    | 9.5 [6.0–14.25]<br>$p_k < 0,001$   | 0.769 ± 0.053<br>$p_k < 0,001$ |

Примітка:

$p_k$  – вірогідність відмінностей між групою та контрольною групою

Таким чином, результати оцінки психоемоційного стану та якості життя демонструють, що пацієнти з ХП/СХТБ мають помірно виражені рівні тривожності та депресії, а також значуще знижену якість життя порівняно зі здоровою популяцією. Попри відсутність чітких відмінностей між клінічними підгрупами за рівнем тривоги та індексом EQ-5D, рівень депресивної симптоматики достовірно зростає із підвищенням тяжкості соматичних проявів.

Проаналізувавши останні вітчизняні дослідження, присвячені вивченню психоемоційних порушень у пацієнтів із хронічним простатитом, можна зазначити, що отримані результати загалом збігаються з наведеними у працях Литвинця (2013), Луценка (2013) та Кривицького (2019). У всіх роботах простежується висока поширеність афективних розладів, переважно депресивного та тривожного спектрів, серед пацієнтів

із ХП, що корелює зі ступенем вираженості соматичних симптомів та зниженням якості життя.

У роботі Литвинець (2013) виявлено психопатологічні прояви у понад половини пацієнтів із ХП, найчастіше у вигляді депресивно-астенічного синдрому. Автором доведено ефективність антидепресантної терапії флувоксаміном, що сприяла суттєвому зниженню емоційних порушень та нормалізації показників вегетативної регуляції. У дослідженні Луценка (2013) встановлено тісний взаємозв'язок між афективними розладами, сексуальними дисфункціями та сімейною дезадаптацією, що підкреслює біопсихосоціальний характер хронічного простатиту. Кривицький (2019) у своєму дослідженні, використовуючи шкали HADS та SF-36, показав, що понад половина пацієнтів із ХП мають клінічно значущі прояви тривоги або депресії, які достовірно впливають на показники якості життя.

Отримані результати нашого дослідження узгоджуються з попередніми даними щодо високої поширеності психоемоційних розладів серед пацієнтів із ХП, однак доповнюють їх новими спостереженнями. Уперше у вітчизняній літературі встановлено достовірний зв'язок між рівнем депресії (PHQ-9) та наявністю нейропатичного компонента болю (DN4), що підтверджує взаємозалежність афективних і нейропатичних механізмів у розвитку ХП/СХТБ.

Отримані дані підкреслюють необхідність мультидисциплінарного підходу до лікування ХП/СХТБ із включенням психоемоційного скринінгу, своєчасної корекції афективних порушень і оцінки нейропатичного болю як чинника хронізації процесу.

## Висновки

1. У більшості пацієнтів із хронічним простатитом / синдромом хронічного тазового болю виявлено високий рівень психоемоційних порушень, що проявляються переважно депресивними та тривожними симптомами й супроводжуються зниженням показників якості життя.

2. Вираженість депресії достовірно зростає зі збільшенням тяжкості соматичних симптомів за шкалою NIH-CPSI, тоді як рівень тривожності залишається стабільно підвищеним незалежно від ступеня клінічної вираженості захворювання.

3. Встановлено достовірний позитивний зв'язок між рівнем депресії та наявністю нейропатичного компонента болю, що свідчить про взаємозалежність афективних і нейропатичних механізмів у формуванні больового синдрому.

4. Отримані результати підтверджують доцільність мультидисциплінарного підходу до ведення пацієнтів із ХП/СХТБ, який має включати психоемоційний скринінг, оцінку нейропатичного болю та своєчасну корекцію виявлених порушень.

## References

1. Krieger JN, Riley DE, Cheah PY, Liong ML, Yuen KH. Epidemiology of prostatitis: new evidence for a world-wide problem. *World J Urol.* 2003 June;21(2):70-4. DOI: 10.1007/s00345-003-0329-0.
2. Yebes A, Toribio-Vazquez C, Martinez-Perez S, Quesada-Olarte JM, Rodriguez-Serrano A, Álvarez-Maestro M, et al. Prostatitis: A Review. *Curr Urol Rep.* 2023 May;24(5):241-51. DOI: 10.1007/s11934-023-01150-z.



3. Clemens JQ, Meenan RT, O’Keeffe Rosetti MC, Gao SY, Calhoun EA. Incidence and clinical characteristics of National Institutes of Health type III prostatitis in the community. J Urol. 2005 Dec;174(6):2319-22. DOI: 10.1097/01.ju.0000182152.28519.e7.
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 Oct;16(10):656-62. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2001.01223.x.
5. Turner JA, Ciol MA, Von Korff M, Berger R. Health concerns of patients with nonbacterial prostatitis/pelvic pain. Arch Intern Med. 2005 May 9;165(9):1054-9. DOI: 10.1001/archinte.165.9.1054.
6. Doiron RC, Shoskes DA, Nickel JC. Male CP/CPPS: where do we stand? World J Urol. 2019 June 1;37(6):1015-22. DOI: 10.1007/s00345-019-02718-6.
7. Bai J, Gu L, Chen Y, Liu X, Yang J, Li M, et al. Evaluation of psychological stress, cortisol awakening response, and heart rate variability in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome complicated by lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction. Front Psychol. 2022;13:903250. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.903250.
8. Oliveira NCAC, Gaspardo CM, Linhares MBM. Pain and distress outcomes in infants and children: a systematic review. Braz J Med Biol Res. 2017;50(7):e5984. DOI: 10.1590/1414-431X20175984.
9. Hannibal KE, Bishop MD. Chronic Stress, Cortisol Dysfunction, and Pain: A Psychoneuroendocrine Rationale for Stress Management in Pain Rehabilitation. Phys Ther. 2014 Dec;94(12):1816-25. DOI: 10.2522/ptj.20130597.
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. Bendayan R, Ramírez-Maestre C, Ferrer E, López A, Esteve R. From acute to chronic back pain: Using linear mixed models to explore changes in pain intensity, disability, and depression. Scand J Pain. 2017 July;16:45-51. DOI: 10.1016/j.sjpain.2017.02.009.
12. Huang X, Qin Z, Cui H, Chen J, Liu T, Zhu Y, et al. Psychological factors and pain catastrophizing in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS): a meta-analysis. Transl Androl Urol. 2020 Apr;9(2):485-93. DOI: 10.21037/tau.2020.01.25.
13. He H, Luo H, Qian B, Xu H, Zhang G, Zou X, et al. Autonomic Nervous System Dysfunction Is Related to Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. World J Mens Health. 2024 Jan;42(1):1-28. DOI: 10.5534/wjmh.220248.

#### Відомості про авторів

**Кулик Софія Степанівна** – лікар-уролог, сексопатолог, аспірант кафедри урології та нейрохірургії БДМУ, м. Чернівці, Україна. ORCID: 0009-0008-9278-2949

**Федорук Олександр Степанович** – професор кафедри урології та нейрохірургії БДМУ, д-р мед. наук, лікар-уролог, м. Чернівці, Україна. ORCID: 0000-0001-8816-3418

**Кулик Андрій Русланович** – лікар-невролог, асистент кафедри невропатології і нейрохірургії ФПДО ЛНМУ, доктор філософії, м. Львів, Україна. ORCID: 0000-0002-0421-1628

#### Information about the authors

**Sofiya Stepanivna Kulyk** - urologist, sexologist, PhD student of the Department of Urology and Neurosurgery BSMU, Chernivtsi, Ukraine. ORCID: 0009-0008-9278-2949

**Oleksandr Stepanovych Fedoruk** – Professor at the Department of Urology and Neurosurgery, BSMU, Doctor of Medical Sciences, urologist, Chernivtsi, Ukraine. ORCID: 0000-0001-8816-3418

**Andriy Ruslanovych Kulyk** – neurologist, Assistant Professor at the Department of Neuropathology and Neurosurgery, FPGE of the Lviv National Medical University, Philosophy Doctor, Lviv, Ukraine. ORCID: 0000-0002-0421-1628



*Дата першого надходження рукопису до видання: 21.10.2025*  
*Дата прийнятого до друку рукопису після рецензування: 25.11.2025*  
*Дата публікації: 30.12.2025*