

КАТАСТРОФІЗАЦІЯ ХРОНІЧНОГО БОЛЮ ТА ПСИХОГЕННІ МЕХАНІЗМИ ОБТЯЖЕННЯ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО НЕБАКТЕРІАЛЬНОГО ПРОСТАТИТУ*О.С. Федорук¹, М.С. Степанченко¹, Б.С. Божук²*¹Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна**Ключові слова:**

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

Буковинський медичний
вісник. Т.22, № 4 (88).
С. 113-119.

DOI:

10.24061/2413-0737.
XXII.4.88.2018.95

E-mail: stepanchenko@
bsmu.edu.ua

Мета роботи — визначити ментальні особливості хворих на хронічний небактеріальний простатит та психогенні механізми обтяження патології.

Матеріал і методи. У дослідженні взяли участь 67 амбулаторних пацієнтів, з яких 41 — із хронічним небактеріальним простатитом (ХНП); групу порівняння склали 26 чоловіків із доброякісною гіперплазією передміхурової залози (ДГПЗ). Оцінка больового синдрому проводилася за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ). Оцінку простата-специфічної симптоматики проводили за допомогою опитувальників I-PSS, NIH-CPSI та PUF. Психологічний статус — за шкалами PCS, PDI, STAI та BDI. Достовірність групових відмінностей для сукупностей, які підпорядковуються нормальному розподілу, оцінювали за допомогою критерію Стьюдента.

Результати. 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. Рівні катастрофізації та інвалідизації болю були достовірно вищими в пацієнтів із ХНП. Значення реактивної та особистісної тривоги в пацієнтів першої групи також достовірно переважали. Рівень депресивності пацієнтів достовірно переважав у пацієнтів основної групи.

Висновки. Тазовий біль пацієнтів із хронічним небактеріальним простатитом клінічно характеризувався невропатичним компонентом, на відміну від хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози, де провідним чинником виступав характер сечовипускання. Переважання явищ катастрофізації та інвалідизації болю, депресивності, реактивної та особистісної тривоги в пацієнтів основної групи може свідчити про переважачу роль психогенних чинників в обтяженні перебігу захворювання.

Ключевые слова:

хронический
небактериальный
простатит
доброкачественная
гиперплазия
предстательной
железы; хроническая
тазовая боль.

КАТАСТРОФИЗАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ И ПСИХОГЕННЫЕ МЕХАНИЗМЫ ОТЯГОЩЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА*А.С. Федорук, М.С. Степанченко, Б.С. Божук*

Цель работы — определить ментальные особенности больных хроническим небактериальным простатитом и психогенные механизмы отягощения патологии.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 67 амбулаторных пациентов, среди которых 41 — с хроническим небактериальным простатитом (ХНП); группу сравнения составили 26 мужчин с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Оценка

Оригінальні дослідження

Буковинський медичний вісник. Т.22, № 4 (88). С. 113-119.

болевого синдрому проводилась з допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ). Оценку простата-специфічної симптоматики проводили з допомогою опросників I-PSS, NIH-CPSI і PUF. Психологічний статус — по шкалам PCS, PDI, STAI і BDI. Достовірність групових різниць для сукупностей, які підчиняються нормальному розподілу, оцінювали з допомогою критерія Стюдента.

Результати. По шкалі симптомів нижніх мочевих шляхів I-PSS у пацієнтів групи порівняння реєстрували значимо вищий середній бал, що відчутно погіршало їх якість життя. По шкалі NIH-CPSI середній показник був достовірно вище в основній групі. При цьому по збалансованій шкалі симптомів болю і якості сечовипускання PUF, середні величини між групами практично не відрізнялися. Рівні катастрофізації і інвалідизації болю були достовірно вище у пацієнтів з ХНП. Значення реактивної і особистісної тривоги у пацієнтів першої групи також достовірно переобладали. Рівень депресивності пацієнтів достовірно переобладал у пацієнтів з ХНП.

Висновки. Тазова біль у пацієнтів з хронічним небактеріальним простатитом клінічно характеризується невропатичним компонентом, в отличие від болюсних з доброякісною гіперплазією предстатальної залози, де ведучим фактором виступав характер сечовипускання. Переобладання явищ катастрофізації і інвалідизації болю, депресивності, реактивної і особистісної тривоги у пацієнтів основної групи може свідечувати про переобладаючу ролі психогенних факторів в отягощенні течення захворювання.

Keywords: chronic non-bacterial prostatitis; benign prostatic hyperplasia; chronic pelvic pain.

Bukovinian Medical Herald. V.22, № 4 (88). P. 113-119.

CHRONIC PAIN CATASTROPHIZING AND PSYCHOGENIC MECHANISMS OF CHRONIC NON-BACTERIAL PROSTATITIS COURSE ENCUMBRANCE

O.S. Fedoruk, M.S. Stepanchenko, B.S. Bozhuk

Objective — determination of the mental features of patients with chronic non-bacterial prostatitis (CNP) and psychogenic mechanisms of disease encumbrance.

Materials and methods. The study involved 41 men with CNP in the out-patient setting, 26 patients formed a control group with the diagnosis of benign prostatic hyperplasia (BPH). Pain syndrome was evaluated by use of the Visual Analogue Scale (VAS). Prostate-specific symptoms were assessed using I-PSS, NIH-CPSI and PUF Questionnaires. Psychological status figured by the scales of PCS, PDI, STAI and BDI. The reliability of group differences for entities subject to normal distribution was estimated using Student's criterion.

Results. 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 levels of pain catastrophizing and disability index were significantly higher in patients with CNP. The reactive and personal anxiety in patients of the first group was significantly prevalent. Depression levels in the main group also significantly prevailed.

Conclusions. Pelvic pain in patients with chronic non-bacterial prostatitis was characterized by a neuropathic component, whereas leading factor in control group was urination quality. The prevalence of pain catastrophizing

and disability, depression, reactive and personal anxiety in patients of the study group may indicate the predominant role of psychogenic factors in the disease encumbrance.

Вступ. На сьогоднішній день термін "хронічний простатит" вважається відповідником синдрому простатичного болю (СПБ). Останній характеризується персистувальним чи рецидивним епізодичним болем та негативними когнітивними, поведінковими, статевими або емоційними наслідками, а також із симптомами нижніх сечових шляхів та сексуальною дисфункцією. Актуальна Міжнародна класифікація простатитів — консенсус Національного інституту здоров'я США (National Institute of Health, NIH) [1] — крім хронічного небактеріального простатиту (ХНП, тип III) включає і бактеріальні простатити (типи I і II), однак останні не відносяться до СПБ.

У великому дослідженні в Європі, проведеному в 2004 році [2], встановлено, що хронічні болі середньої та високої інтенсивності траплялися в 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 [3]. У літературі поширеність симптомів простатиту в популяції коливається від 1 до 14,2% [4].

Єдино релевантна етіологія СПБ невідома. Вважається, що даний больовий синдром включає механізми нейропластичності та невропатичного болю [5]. При цьому депресія та катастрофічне мислення асоціюються з інтенсивнішим болем та слабшими терапевтичними можливостями [6]. З огляду на це, вирішено дослідити ступінь психогенного впливу на перебіг ХНП.

Мета роботи. Визначити ментальні особливості хворих на хронічний небактеріальний простатит та психогенні механізми обтяження патології.

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. Дослідну групу розділено на підгрупи a1 та a2, відповідно приналежності до підтипу ХНП: IIIa — запального характеру і IIIb — незапального характеру [1].

Критерії включення в дослідження: вік >30 р., <80 р.; біль у простаті, що посилюється при пальпації (група А); гіперплазія простати/симптоми нижніх сечових шляхів (група Б); тривалість симптомів >6 місяців; підписання інформованої згоди на участь у дослідженні. Критерії виключення: наявність іншої патології нижніх сечових шляхів протягом останніх шести місяців; лікування з приводу даної патології протягом останніх трьох місяців; необхідність стаціонарного/хірургічного лікування; позитивне культуральне дослідження сечі; ПСА вище 4 нг/мл;

активний запальний процес; наявність тяжкої соматичної патології.

Оцінка больового синдрому проводилася за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ). Шкала проградуйована від 0 до 10, де 0 — відсутність болю, 10 — максимально сильний біль [7].

Оцінку простата-специфічної симптоматики проводили за допомогою опитувальників I PSS (International Prostatic Symptom Score — Міжнародна шкала оцінки простатичних симптомів) [8], NIH-CPSI (National Institute of Health Chronic Prostatitis Symptom Index — Індекс симптомів хронічного простатиту, запропонована Національним інститутом здоров'я, США) [9], та PUF (Pelvic Pain and Urgency/Frequency Patient Symptom Scale — Шкала симптомів тазового болю та терміновості/частоти у пацієнтів) [10].

Психогенні особливості перебігу ХНП вивчали за допомогою опитувальників PCS (Pain Catastrophizing Scale — Шкала катастрофізації болю), PDI (Pain Disability Index — Індекс інвалідизації болю), STAI (State-Trait Anxiety Inventory — Опитувальник ознак тривожного стану або тест Спілбергера) та BDI (Beck Depression Inventory — Опитувальник тривожності Бека).

Шкала катастрофізації болю складається з 13 понять, що описують думки та відчуття, які супроводжують больовий синдром. Кожне з понять підлягає 5-бальній оцінці пацієнтом — від 0 до 4 балів, залежно від ступеня суб'єктивного прояву тої чи іншої ознаки в пацієнта. Таким чином, даний показник дорівнює загальній сумі балів, становлячи від 0 до 52 [11].

Індекс інвалідизації болю застосовувався з метою визначення ступеня прояву асоційованих з больовим синдромом незручностей чи неповносправності в семи різних сферах щоденного життя (домашній, соціальній, рекреаційній, професійній, сексуальній, самозарадності та життєзабезпечення). Кожний домен передбачає оцінювання пацієнтом по 11-бальній шкалі, від 0 до 10, у напрямку збільшення негативних проявів. Сума балів, таким чином, може дорівнювати від 0 до 70 балів [12].

Тест Спілбергера в модифікації Ханіна застосовувався для оцінки рівня реактивної та особистісної тривоги. Опитувальник складається з 40 тверджень, перші 20 з яких спрямовані на виявлення ступеня реактивної тривоги, другі 20 — на виявлення особистісної тривоги. Результат менше 30 балів відповідає низькому рівню тривоги, 31–44 бали — середньому рівню і більше 45 балів — високому рівню тривоги [13].

Опитувальник Бека застосовувався для визначення рівня депресії. Тест складається з 21 групи твер-

Оригінальні дослідження

Таблиця 1

Характеристики основних груп хворих

Показник	Група А – ХНП, (n=41)	Група Б – ДГПЗ, (n=26)
Середній вік, років	53,68 ± 8,38	64,31 ± 6,72 *
Об'єм простати, мл	28,83 ± 5,66	59,64 ± 13,55 *
ПСА загальний, нг/мл	1,26 ± 0,78	2,81 ± 0,78 *
Тривалість симптомів, міс.	31,32 ± 18,59	33,00 ± 21,55
Шкала IPSS, бали	10,56 ± 5,21	19,08 ± 5,96 *
Індекс якості життя, бали	2,59 ± 1,47	4,23 ± 1,24 *
Шкала NIH CPSI, бали	21,46 ± 6,18	16,85 ± 4,81 ^
Шкала PUF, бали	13,49 ± 5,24	12,46 ± 3,04
ВАШ, бали	4,71 ± 1,25	1,65 ± 0,98 *
Катастрофізація болю, бали	18,29 ± 5,73	6,46 ± 3,40 *
Інвалідизація болю, бали	16,32 ± 4,81	7,85 ± 3,21 *
Реактивна тривога, бали	37,34 ± 11,39	24,15 ± 7,32 *
Особистісна тривога, бали	33,73 ± 9,03	27,27 ± 6,56 ^
Рівень депресії, бали	8,34 ± 2,57	2,85 ± 1,78 *

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

джен, у кожній з яких треба вибрати одне, відповідне певному балу. Результат оцінюється за сумою балів. Нормальне значення дорівнює від 0 до 9 балів, м'який ступінь депресії — 10–15 балів, помірний ступінь — 16–19 балів, сильний ступінь — 20–29 балів, вкрай виражена депресія — 30 балів і вище [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. Було 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 склав $55,14 \pm 8,69$ року, у чоловіків з ХНП — $51,07 \pm 7,96$, у групі Б — $61,56 \pm 5,31$ року.

Між групами пацієнтів з ХНП та ДГПЗ достовірно відрізнявся середній вік, де у групі Б він був вищим на понад 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 з 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. Рівні катастрофізації та інвалідизації болю були достовірно вищими у пацієнтів з ХНП, кількість балів варіювала відповідно з 7 до 33 та з 7 до 26 балів (у групі Б: (1–14) та (2–14) балів відповідно). Значення реактивної та особистісної тривоги у пацієнтів першої групи також достовірно переважали, складаючи відповідно (13–64) та (11–57) балів, у пацієнтів з ДГПЗ (10–40) та (14–37) балів відповідно. Рівень депресивності пацієнтів достовірно переважав у пацієнтів першої групи (min=4, max=15), у групі Б: min=0, max=7.

Пацієнти групи А із СПБ були розподілені на 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 — нижчим від аналогічного показника перших двох підгруп (табл. 2). Достовірно переважала тривалість симптомів у групі a2, практично не відрізняючись від такої у пацієнтів із ДГПЗ. Виявлено, що величини катастрофізації та інвалідизації болю, а також реактивної тривоги практично не відрізнялися між пацієнтами підгруп a1 та a2. Проте значення особистісної тривоги переважали в пацієнтів із незапальним типом ХНП ($35,81 \pm 9,33$ проти $29,71 \pm 7,10$ бала, $p < 0,05$). Слід зазначити,

Таблиця 2

Психофізіологічні особливості в обстежених пацієнтів

	Група a1 (n = 14)	Група a2 (n = 27)	Група Б (n = 26)
Шкала IPSS, бали	8,14 ± 4,52	11,81 ± 5,17 ^	19,08 ± 5,96 ***
Індекс якості життя, бали	2,14 ± 1,56	2,81 ± 1,39	4,23 ± 1,24 ***
Шкала NIH CPSI, бали	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, бали	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, бали	4,43 ± 1,09	4,85 ± 1,32	1,65 ± 0,98 ***
Катастрофізація болю, бали	18,86 ± 5,65	18,00 ± 5,86	6,46 ± 3,40 * **
Інвалідизація болю, бали	16,00 ± 3,86	16,48 ± 5,30	7,85 ± 3,21 * **
Реактивна тривога, бали	34,07 ± 6,12	39,04 ± 13,11	24,15 ± 7,32 * **
Особистісна тривога, бали	29,71 ± 7,10	35,81 ± 9,33 ^	27,27 ± 6,56 **
Рівень депресії, бали	7,29 ± 1,94	8,89 ± 2,72 ^	2,85 ± 1,78 * **

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

що середні значення даного показника практично не відрізнялися між підгрупою a1 та пацієнтами групи Б. Рівні депресії у пацієнтів із незапальним типом ХНП також переважали аналогічний показник підгрупи a1 (8,89 ± 2,72 проти 7,29 ± 1,94 бала, $p < 0,05$).

У результаті роботи визначено, що група А характеризувалася достовірно меншим віком та більшою інтенсивністю болю за ВАШ. У переважній кількості пацієнтів цієї групи тривалість болю становила від 6 до 72 місяців, що практично не відрізнялося від пацієнтів з ДГПЗ. Перша група пацієнтів також мала достовірно вищі показники тесту NIH-CPSI та нижчі показники I-PSS порівняно 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, що підгрупа a1 характеризувалася достовірно ($p < 0,05$) меншою тривалістю симптомів (23,57 ± 16,47 місяця) та нижчим середнім значенням I-PSS відносно групи a2 (8,14 ± 4,52 проти 11,81 ± 5,17 бала, $p < 0,05$), що було зумовлено переважанням симптоматики сечовиділення у пацієнтів з ХНП типу ПБ. Підтвердженням такої думки була достовірна різниця ($p < 0,05$) індексів PUF між підгрупами a1 та a2 (11,14 ± 4,54 проти 14,70 ± 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 ± 6,07 проти 16,85 ± 4,81 бала, $p < 0,001$).

Рівні катастрофізації та інвалідизації болю були достовірно вищими у пацієнтів з ХНП, становлячи відповідно (18,29 ± 5,73) проти (6,46 ± 3,40) балів, $p < 0,001$ та (16,32 ± 4,81) проти (7,85 ± 3,21) балів, $p < 0,001$. Значення реактивної та особистісної тривоги в пацієнтів першої групи також достовірно переважали, складаючи відповідно (37,34 ± 11,39) проти (24,15 ± 7,32) балів, $p < 0,001$ та (33,73 ± 9,03) проти (27,27 ± 6,56) балів відповідно, $p < 0,01$. Рівень депресивності пацієнтів достовірно переважав у пацієнтів першої групи (8,34 ± 2,57), у групі Б: (2,85 ± 1,78), $p < 0,001$.

Таким чином, за даними комплексного обстеження груп пацієнтів із ХНП та ДГПЗ 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 та I-PSS). Визначено також достовірно вищі ($p < 0,05$) рівні особистісної тривоги та депресивності в пацієнтів із незапальним ХНП проти групи a1, що могло свідчити про переважаючу роль психогенних чинників у прогресуванні невропатичного компонента ХТБ у таких хворих.

Висновки

1. Тазовий біль пацієнтів із хронічним небактеріальним простатитом клінічно характеризувався

Оригінальні дослідження

невропатичним компонентом, на відміну від хворих із доброякісною гіперплазією передміхурової залози, де провідним чинником виступав характер сечопуску. Клінічні особливості хронічного небактеріального простатиту чітко виділялися при розподілі пацієнтів на підгрупи відповідно до консенсусу Національного інституту здоров'я США.

2. Переважання явищ катастрофізації та інвалідації болю, депресивності, реактивної та особистісної тривоги у досліджуваних пацієнтів відносно групи порівняння співвідносилося з інтенсивністю болювого синдрому, що встановило зв'язок між хронічним тазовим болем та психологічними девіаціями хворих, констатуючи провідну роль психогенних факторів у суб'єктивному погіршенні самопочуття, якості життя та обтяженні загального стану пацієнтів.

3. З метою клінічної диференціації хронічного тазового болю, лікарям різних спеціальностей у клінічній практиці доцільно користуватися візуальною аналоговою шкалою, опитувальниками щодо катастрофізації та інвалідації болю, депресивності, реактивної та особистісної тривоги, що дозволить оцінити провідний механізм болю, прогноз захворювання та вибрати оптимальний патогенетичний лікувальний підхід.

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

Список літератури

1. Krieger JN, Nyberg L Jr, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA*. 1999;282 (3):236–7.
2. 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 (4):287–333.

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 (Україна).

Степанченко М.С. – к.мед.н., асистент кафедри урології та нейрохірургії, Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці (Україна).

Божук Б.С. – к.мед.н., доцент кафедри загальної і медичної психології, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ (Україна).

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., ассистент кафедры урологии и нейрохирургии, Высшее государственное учебное заведение Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы (Украина).

Божук Б.С. – к.мед.н., доцент кафедры общей и медицинской психологии, Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев (Украина).

3. 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.
4. Krieger JN, Lee SW, Jeon J, et al. Epidemiology of prostatitis. *Int J Antimicrob Agents*. 2008;31 (Suppl1): S85–90.
5. 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.
6. Tripp DA, Nickel JC, Wang Y, 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.
7. 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.
8. Mebust W. Symptom evaluation, quality of life and sexuality. 2nd Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia (BPH); 1993; Jersey, Channel Islands; 1979.
9. 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.
10. 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.
11. Sullivan MJL, Bishop S, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychol. Assess*. 1995;7 (4):524–532.
12. Pollard CA. Preliminary validity study of the Pain Disability Index. *Percept. Motor Skills*. 1984;59 (3):974.
13. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *STAI: Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1970.
14. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561–71.

Information about the authors:

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

Stepanchenko M.S. – PhD, Assistant Professor, Department of Urology and Neurosurgery, Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Chernivtsi (Ukraine).

Bozhuk B.S. – PhD, Associate Professor, Department of General and Medical Psychology, O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv (Ukraine).

Надійшла до редакції 02.05.2018

Рецензент — проф. Пашковський В.М.

© О.С. Федорук, М.С. Степанченко, Б.С. Божук, 2018
