

ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОРИГИНАЛЬНОГО ОПРОСНИКА

¹Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины, г. Новосибирск

630117, РФ, г. Новосибирск, ул. Тимакова, д. 2

²Городская клиническая больница № 1, г. Новосибирск

630047, РФ, г. Новосибирск, ул. Залесского, д. 6

³ООО «Санаторий-профилакторий «Станкостроитель», г. Барнаул

656045, РФ, г. Барнаул, ул. Тихонова, д.33 б

Титяев И.И.², Удалов К.В.^{1,2}, Касьянов Д.С.², Тихонов И.В.³, Абдуллаев Н.А.¹, Андреев С.С.²

Резюме

Введение. Синдром хронической тазовой боли при хроническом простатите и хроническом цистите у женщин остается одной из актуальных проблем урологической практики из-за неудовлетворительных результатов лечения.

Цель исследования: разработать опросник для количественной оценки ведущих симптомов хронических заболеваний мочеполовой системы, сопровождающихся синдромом хронической тазовой боли.

Материалы и методы. В клиническом исследовании приняли участие 29 мужчин с хроническим простатитом и 31 женщина с хроническим циститом. Обе группы получали стандартное при таких заболеваниях лечение, включая физиотерапию. Проведена оценка количественных критериев клинических признаков всех пациентов с использованием оригинального «Опросника оценки симптомов заболеваний мочеполовой системы» до и после лечения.

Результаты. К окончанию лечения среди мужчин по критерию болевой симптоматики, соответствующему шкале «Painful symptom», улучшение составило 82%, у женщин улучшение по данному клиническому признаку составило 79%. Было отмечено радикальное уменьшение показателя шкалы мотивации (Motivational scale) с $3,15 \pm 0,1$ до 0 баллов в 100 % случаев у мужчин и с $3,55 \pm 0,12$ до $1,1 \pm 0,09$ баллов у женщин. Похожая динамика была определена и по дизурическому симптому (Irritativ symptom), эффе́ктивность составила $2,3 \pm 0,12$ балла у мужчин, по отношению к исходному показателю дизурии – $9,0 \pm 0,67$ баллов и $3,1 \pm 0,71$ балла у женщин (исходный – $9,0 \pm 0,68$). Улучшение шкалы психосоматики (Psychosomatic symptom) было отмечено у больных 1 и 2 групп: на 63,7% и 61,1%, соответственно.

Заключение. Увеличение урологических больных с синдромами нижних мочевых путей и хронической тазовой болью ведет к необходимости обратить особое внимание на данный феномен с точки зрения мультидисциплинарного подхода.

Ключевые слова: хронический простатит, хронический цистит, синдром хронической тазовой боли, опросник.

ASSESSMENT OF TREATMENT EFFICACY FOR CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME USING AN ORIGINAL QUESTIONNAIRE

¹Federal Research Center for Fundamental and Translational Medicine, Novosibirsk, Russia

630117, RF, Novosibirsk, Timakova Str. 2

²City Clinical Hospital No.1, Novosibirsk, Russia

630047, RF, Novosibirsk, Zalesky Str. 6

³Sanatorium-dispensary «Stankostroitel», Barnaul, Russia

656045, RF, Barnaul, Tikhonova Str. 33b

Tityaev I.I.², Udalov K.V.^{1,2}, Kasyanov D.S.², Tikhonov I.V.³, Abdullaev N.A.¹, Andreev S.S.²

Abstract

Introduction. Chronic pelvic pain syndrome (CPPS) in chronic prostatitis and chronic cystitis in women is a persistent problem in urological practice due to unsatisfactory treatment outcomes.

Aim. This study aims to develop a questionnaire to assess symptoms of chronic genitourinary diseases that are accompanied by CPPS.

Materials and Methods. The clinical study involved 29 men with chronic prostatitis and 31 women with chronic

cystitis who received standard therapy, including physiotherapy. The original "Questionnaire for assessing symptoms of diseases of the genitourinary system" was used to assess clinical signs before and after treatment.

Results. By the end of treatment, the improvement in pain symptoms was 82% in men and 79% in women. The Motivational scale score significantly decreased from 3.15 ± 0.1 to 0 points in men and from 3.55 ± 0.12 to 1.1 ± 0.09 points in women. A similar trend was observed in the dysuric symptom score, which improved from 9.0 ± 0.67 to 2.3 ± 0.12 points in men and from 9.0 ± 0.68 to 3.1 ± 0.71 points in women. The Psychosomatic symptom score also improved in both groups, by 63.7% and 61.1%, respectively.

Conclusion. The rise in CPPS in patients with lower urinary tract syndromes and chronic pelvic pain necessitates a multidisciplinary approach. The questionnaire developed in this study can be useful in assessing clinical signs and monitoring the effectiveness of treatment in CPPS patients.

Keywords: chronic prostatitis, chronic cystitis, chronic pelvic pain syndrome, questionnaire.

Введение

Инфекции нижних мочевыводящих путей (ИНМП) — наиболее распространенная группа урологических заболеваний как женщин, так и мужчин, при которых поражаются уретра, мочевого пузыря и предстательная железа (последняя вовлекается в воспалительный процесс вторично), что приводит к развитию клинически выраженных симптомов. Заболевания осложняются синдромом хронической тазовой боли (СХТБ), который определяется высоким тонусом симпатической нервной системы, уровнем тревоги, неврозами, камуфлированными под ИНМП [1]. Необходимо признать, что патогенез тазовых болей до сих пор во многом неясен, в том числе при циститах у женщин и простатитах у мужчин [2].

Хронический цистит (ХЦ) у женщин является одним из самых распространенных заболеваний в мире и встречается более чем у 50% в течение жизни, причем почти у трети из них наблюдается рецидив в течение 6-12 месяцев [3]. В России ежегодно регистрируют 26-36 млн. случаев острого цистита [4]. Интенсивная боль и выраженная дизурия крайне дезадаптируют пациентов в социально-бытовой и сексуальной жизни [5].

Хронический простатит (ХП) — наиболее часто встречающееся заболевание органов мочевыделительной системы у мужчин. Им страдают около 35% мужчин в возрасте от 25 до 40 лет; его заболеваемость на протяжении последних лет неуклонно прогрессирует [6-10]. ХП — тяжело поддающееся лечению заболевание, даже при использовании самых современных методик: в 40% случаев отмечаются обострения заболевания в последующие один — два года [11-13].

Проблема длительного рецидивирующего течения ХЦ и ХП имеет, наряду с медицинской, огромное социальное значение, так как ими страдают преимущественно молодые, работоспособные люди [14-17]. Из-за высокой распространенности ИНМП представляют собой экономическую проблему.

Для определения адресного, патогенетически обоснованного воздействия, а также оптимальной «нагрузочности» лечебных мероприятий при СХТБ необходимо

учитывать и анализировать выраженность симптомокомплексов при сборе анамнеза у данного контингента урологических больных. С этой целью используется огромное количество общепризнанных опросников (IPSS, МИЭФ, шкала NIH-CPSI и т.д.) [7, 8]. В настоящее время большое распространение получил принцип распределения (фенотипирования) групп симптомов по доменам, согласно классификации «UPOINT» для ХП и ХЦ (phenotypes of IC/BPS), являющимися идентичными: мочевыделительный, психосоциальный, органоспецифический, инфекционный, неврологический, болевой [1,16,18,19].

Оценка самим пациентом тяжести своего состояния, равно как и степень нарушения повседневного образа жизни, должно быть определяющим в выборе того или иного метода лечения и мотивации к его прохождению.

Цель исследования: разработать опросник для количественной оценки ведущих симптомов хронических заболеваний мочеполовой системы, сопровождающихся синдромом хронической тазовой боли.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе санатория «Станкостроитель» (г. Барнаул) и ГКБ №1 (г. Новосибирск). Было обследовано 61 человек из числа семейных пар, проходивших санаторную реабилитацию в рамках специализированных андрологических путевок: 29 мужчин в возрасте от 22 до 37 ($31,2 \pm 7,8$) лет с ХП/СХТБ и 32 женщины в возрасте от 24 до 52 ($33,1 \pm 8,4$) лет, которым проводилось лечение по поводу лейкоплакии мочевого пузыря.

При сборе анамнеза уточнялись жалобы, длительность и клинические проявления заболевания, а также сопутствующая хроническая патология. Длительность заболевания у всех исследованных больных составляла более 3 лет, а у 88,3% пациентов симптоматика ИНМП отмечалась 5 лет и более. До поступления на исследование все пациенты многократно лечились по поводу ХП и ХЦ.

Мужчинам проводилось санаторное лечение: климатотерапия, неспецифическая гидро-, бальнео-, механо- аэронотерапия, в со-

четании с высокодисперсными аэрозольными трансректальными орошениями водным раствором пантогематогена в дозе 500 мг. Женщинам – хирургическое лечение в объеме трансуретральной резекции тригональной зоны мочевого пузыря с антибактериальной противовоспалительной терапией и транскраниальной электростимуляцией с использованием аппарата «Трансаир - 03».

Количественные критерии клинических признаков всех пациентов были исследованы с использованием оригинального «Опросника оценки симптомов заболеваний мочеполовой системы» («ОСЗ - IPPs-Ms»). В «Опроснике» симптомы объединены в 4 группы: ирритативный, болевой, психосоматический и мотивационный. Последний из них на наш взгляд наиболее важен, так как его выраженность определяет готовность пациента к дальнейшему лечению (в количественном отношении, в баллах) (приложение).

В опроснике «ОСЗ - IPPs-Ms» выделяется средний балл количественной оценки симптомов, который представляет собой сумму из 3-х соматических доменов (в зависимости от выраженности клинической симптоматики от 0 до 35 баллов):

1 группа симптомов: «I» - домен ирритативной симптоматики (*Irritativ symptom*, усл. ед.; от 0 до 10) и состоит из двух диагностических блоков;

2 группа симптомов: «P» - домен болевой симптоматики (*Painful symptom*, усл. ед.; от 0 до 5), состоящий из одного диагностического блока;

3 группа симптомов: «Ps» - домен психосоматической симптоматики (*Psychosomatic symptom*, усл. ед.; от 0 до 20), состоящий из четырех диагностических блоков.

Отдельно выделяется 4 домен: «Ms» - мотивационный - шкала мотивации к прохождению лечения - *Motivational scale*; оценивается по степени выраженности (в количестве «+», от 0+ до 4+).

Все исследования выполнены с информированного согласия пациентов и в соответствии с этическими нормами Хельсинской Декларации (ВМА) (Эдинбург, Шотландия, 2000), с учетом изъясняющего примечания п. 29, одобренного Генеральной ассамблеей ВМА (Вашингтон, 2002), и был принят этическим комитетом. Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке при помощи персонального компьютера с операционной системой Microsoft Windows 10, редактора электронных таблиц MS Excel 2010.

Результаты и обсуждение

Существенные изменения к окончанию лечения среди мужчин были отмечены

по наиболее клинически значимому в настоящем исследовании критерию болевой симптоматики, соответствующему шкале «*Painful symptom*» опросника «ОСЗ - IPP_sMs» с оценкой выраженности данного клинического признака от 0 до 5. Учитывая то, что к началу исследования все обследованные пациенты имели клинические проявления болевого симптома (различной степени выраженности), к окончанию лечения в 100% случаев мужчины отмечали улучшение. Однако, в 20% случаев он сохранялся, но с гораздо меньшей степенью выраженности, что в соответствии с результатами «Опросника» составило 0,9 баллов. Улучшение по данному клиническому признаку, таким образом, составило 82% ($p < 0,001$) (табл. 1).

У женщин по ведущей шкале «*Painful symptom*» опросника «ОСЗ - IPP_sMs» к окончанию лечения также в 100% случаев отмечалось улучшение, но его сохранение с гораздо меньшей интенсивностью отмечено у 26%. Улучшение по данному клиническому признаку, таким образом, составило 79% ($p < 0,001$) (табл. 1).

К окончанию лечения по всем учитываемым критериям, согласно опроснику, идет улучшение клинических показателей, что имеет отражение в таблице 1. Было отмечено радикальное уменьшение показателя шкалы мотивации (*Motivational scale* – «Ms») с $3,15 \pm 0,1$ до 0 баллов в 100% случаев у мужчин и с $3,55 \pm 0,12$ до $1,1 \pm 0,09$ баллов у женщин. Вполне очевидно, это связано с объективным улучшением их состояния и отсутствием какой бы то ни было мотивации к прохождению лечения в ближайшее время у мужчин, но неполное стихание клинико-лабораторных показателей хронического цистита сохраняло у женщин определенную степень мотивации к прохождению дополнительного курса лечения (преимущественно - в амбулаторных условиях).

Изучая теоретический материал по темам, связанным с больными, страдающими хронической тазовой болью, мы выяснили, что существуют значительные трудности в диагностике, лечении и реабилитации таких больных. Трудности, связанные с диагностикой и лечением, во многом объясняются недостаточной изученностью данного вопроса. Но достоверно известно, что хронические боли ухудшают качество жизни пациентов, отрицательно влияя на их самочувствие, уверенность в себе и возможность заниматься повседневными делами.

Количественный подход при оценке клинических проявлений заявленного «Опросника», позволяет наиболее точно проанализировать эффективность полученных результатов лечения благодаря представленным в нем стандартизованным шкалам.

Таблица 1

Динамика показателей опросника психосоматической оценки симптомов заболеваний мочеполовой системы («ОСЗ - IPP_s-M_s») в группах больных хроническим простатитом и хроническим циститом

Показатели опросника «ОСЗ - IPP _s -M _s »		Группы	ХП n = 29	ХЦ n = 32
Суммарный балл «ОСЗ» (Total score), усл. ед.	от 0 до 35	До лечения	29,7±2,4	29,7±2,3
		После лечения	9,1±0,7 p<0,001	12,8±0,69 p<0,001
Irritativ symptom - «I», усл. ед.	от 0 до 10	До лечения	9,0±0,67	9,0±0,68
		После лечения	2,3±0,12 p<0,001	3,1±0,71 p<0,001
Painful symptom - «P», усл. ед.	от 0 до 5	До лечения	5,0±0,0	5,0±0,0
		После лечения	0,9±0,04 p<0,001	1,2±0,05 p<0,001
Psychosomatic symptom - «Ps», усл. ед.	от 0 до 20	До лечения	15,7±1,37	15,7±1,33
		После лечения	5,7±0,34 p<0,001	8,4±1,54 p<0,001
Motivational scale – «Ms», усл. ед. (количество «+»)	от 0 до 4	До лечения	3,15±0,1	3,55±0,12
		После лечения	0,0±0,0 p<0,001	1,1±0,09 p<0,005

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей «до» и «после» лечения.

Оценивая динамику основного болевого симптома, с которым больные обращаются к врачу, с использованием «Опросника», важно подчеркнуть, что к окончанию лечебного курса у пациентов в обеих группах было отмечено улучшение в той или иной степени в 100%.

Похожая динамика была определена и по дизурическому симптому к окончанию лечения, эффективность составила $2,3 \pm 0,12$ балла у мужчин, по отношению к исходному показателю дизурии – $9,0 \pm 0,67$ баллов, и $3,1 \pm 0,71$ балла у женщин (исходный $9,0 \pm 0,68$).

Улучшение шкалы психосоматики было отмечено у больных 1 и 2 групп: на 63,7% ($p<0,01$) и 61,1% ($p<0,05$) соответственно. Вместе с тем, показатели, полученные к окончанию лечения по данной шкале, свидетельствуют об улучшении качества жизни больных.

Похожую динамику к окончанию лечения имеет и показатель суммарного балла у больных обеих групп. Достоверное улучшение этого показателя – на 69,4% ($p<0,01$) у мужчин и на 62,8% ($p<0,01$) у женщин, отражает эффективность проводимых лечебных мероприятий.

Шкала мотивации («Motivational scale») настоящего опросника «ОСЗ - IPP_s-M_s» является своего рода индикатором к прохождению специализированного комплексного лечения. Так, отсутствие мотивации к лечению в бли-

жайшее время у больных с хроническим простатитом продиктовано 100% эффективностью, тогда как снижение «бальности» по данной шкале у женщин может свидетельствовать об улучшении клинических проявлений болезни, но не исключает последующего периода «долечивания».

Таким образом, специфичность количественных критериев «Опросника» «ОСЗ - IPP_s-M_s» позволяет проводить достаточно точную диагностику контингента урологических больных (в частности, страдающих хроническим простатитом и хроническим циститом у женщин) с учетом совокупности клинических проявлений, а также точно и предметно оценивать в динамике характер течения заболевания, эффективность реабилитационных мероприятий с оценкой отдаленных результатов от проведенного лечения.

Заключение

Качество жизни – это индивидуально определяемый набор критериев субъективной оценки своего состояния. Исходя из этого мы ввели оригинальный опросник-шкалу индивидуальной оценки качества жизни больного. Три основных критерия – боль, ирритация и психосоматика, включающая копулятивные нарушения у мужчин, и самое

основное – мотивация к лечению. Более того, по окончании лечения те же критерии и определяют дальнейшую судьбу больного – получит ли он эффективную терапию, если нет, необходимо менять подход к темпам и объему лечения.

Увеличение урологических больных с синдромами нижних мочевых путей и хронической тазовой болью ведет к необходимости обратить особое внимание на данный феномен с точки зрения мультидисциплинарного подхода, приглашая к участию в этом процессе гинеколога, невролога и психолога. Это и есть мультимодальный междисциплинарный подход.

Конфликт интересов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Список литературы:

1. Bordeianou L.G., Anger J.T., Boutros M., Birnbaum E., Carmichael J.C., Connell K.A et al. Members of the pelvic floor disorders consortium working groups on patient-reported outcomes. 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 Medicine and Urogenital Reconstruction*. 2020; 26(1): 1–15. <https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000000817>
2. Dydyk A.M., Gupta N. Chronic Pelvic Pain. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 (Online ahead of print). PMID: 32119472.
3. Valentina Tesio, Katharina S. Goerlich, Masako Hosoi, Lorys Castelli. Alexithymia: state of art and controversies. Clinical and neuroscientific evidence. *Frontiers in Psychology*. 2019.
4. Лоран О.Б., Синякова Л.А. Воспалительные заболевания органов мочевой системы. Актуальные вопросы. 4-е изд., переработанное и дополненное. М.: МИА. 2014; 84с. Режим доступа: <https://search.rsl.ru/ru/record/01007858442>.
5. Foxman B. The epidemiology of urinary tract infection. *Nat Rev Urol*. 2010; 7(12):653–660. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2010.190>.
6. Мазо Е.Б., Школьников М.Е. Синдром хронической тазовой боли. *Consilium medicum*. 2008; 10(4): 49–51.
7. Anderson R.U., Wise D., Nathanson B.H. Chronic Prostatitis and/or Chronic Pelvic Pain as a Psychoneuromuscular Disorder-A Meta-analysis. *Urol*. 2018; 120: 23–29.
8. Banyra O., Ivanenko O., Nikitin O., Shulyak A. Mental status in patients with chronic bacterial prostatitis. *Cent European J. Urol*. 2013; 66(1): 93–100.
9. Bartoletti R., Cai T., Nesi G. et al. The impact of biofilm-producing bacteria on chronic bacterial prostatitis treatment: results from a longitudinal cohort study. *World J. Urol*. 2014; 32(3): 737–742.
10. Pontari M.A., Ruggieri M.R. Mechanisms in prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J. Urol*. 2008; 179, 5 Suppl.: S61–S67.
11. Бухарин О.В. Биология и экология энтерококков / О.В. Бухарин, А.В. Валышев. Екатеринбург. 2012; 227 с.
12. Тихонов И.В. Регионарные лимфатические узлы простаты в норме, при венозном застое в малом тазу и в условиях физио- и фитокоррекции (анатомо-экспериментальное исследование). Дис. на соиск. уч. ст. д.м.н. Новосибирск. 2008; 358 с.
13. Тюзиков И.А. Хронический простатит как нейро-эндокринный синдром и новые потенциальные фармакотерапевтические опции управления проблемой. *Фармакология и фармакотерапия*. 2021; 1: 58–66.
14. Пушкарь Д.Ю., Касян Г.Р. Новое в лечении хронического простатита: интерферон-гамма. *Фарматека*. 2012; 4: 65–67.
15. Пушкарь Д.Ю., Раснер П.И., Котенко Д.В. с соавт. Особенности симптомов нижних мочевыводящих путей у мужчин Московского региона. Результаты эпидемиологического исследования. *Урология*. 2018; 3: 22.
16. Colaco M., Koslov D.S., Keys T. Correlation of gene expression with bladder capacity in interstitial Cystitis/bladder pain syndrome. *Urol* 2014; 192(2): 1123–1129.
17. Lai H.H., North C.S., Andriole G.L. Polysymptomatic, polysyndromic presentation of patients with urological chronic pelvic pain syndrome. *J Urol*. 2012; 187(2): 2106–2012.
18. Lotenfoe R.R., Christie J., Parsons A., Burkett P., Helal M., Lockhart J.L. Absence of neuropathic pelvic pain and favorable psychological profile in the surgical selection of patients with disabling interstitial cystitis. *J Urol*. Dec 1995(154): 2039–42.
19. Hsieh K-L., Chin H-Y., Lo T-S., Long C-Y., Ho C-H., Huang SK-H. et al. Interstitial cystitis/bladder pain syndrome patient is associated with subsequent increased risks of outpatient visits and hospitalizations: A population-based study. *PLoS ONE*. 2021; 16(9): e0256800. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256800>.

References

1. Bordeianou L.G., Anger J.T., Boutros M., Birnbaum E., Carmichael J.C., Connell K.A. et al. Members of the pelvic floor disorders consortium working groups on patient-reported outcomes. 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 Medicine and Urogenital Reconstruction*. 2020; 26(1): 1–15. <https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000000817>

namics, female pelvic medicine and urogenital reconstruction. Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction. 2020; 26(1): 1–15. <https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000000817>

2. Dydyk A.M., Gupta N. Chronic Pelvic Pain. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 (Online ahead of print). PMID: 32119472.

3. Valentina Tesio, Katharina S. Goerlich, Masako Hosoi, Lorys Castelli. Alexithymia: state of art and controversies. Clinical and neuroscientific evidence. Frontiers in Psychology. 2019.

4. Loran O.B., Sinyakova L.A. Inflammatory diseases of the urinary system. Topical issues. 4th ed. revised and enlarged. MOSCOW: MIA. 2014; 84 p. Access mode: <https://search.rsl.ru/record/01007858442>. [In Russ.]

5. Foxman B. The epidemiology of urinary tract infection. Nat Rev Urol. 2010; 7(12):653–660. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2010.190>.

6. Mazo E.B., Shkolnikov M.E. Chronic pelvic pain syndrome. Consilium medicum. 2008; 10(4): 49–51. [In Russ.]

7. Anderson R.U., Wise D., Nathanson B.H. Chronic Prostatitis and/or Chronic Pelvic Pain as a Psychoneuromuscular Disorder-A Meta-analysis. Urol. 2018; 120: 23–29.

8. Banyra O., Ivanenko O., Nikitin O., Shulyak A. Mental status in patients with chronic bacterial prostatitis. Cent European J. Urol. 2013; 66(1): 93–100.

9. Bartoletti R., Cai T., Nesi G. et al. The impact of biofilm-producing bacteria on chronic bacterial prostatitis treatment: results from a longitudinal cohort study. World J. Urol. 2014; 32(3): 737–742.

10. Pontari M.A., Ruggieri M.R. Mechanisms in prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. J. Urol. 2008; 179, 5 Suppl.: S61–S67.

11. Bukharin O.V. Biology and ecology of enterococci / O.V. Bukharin, A.V. Valyshev. Yekaterinburg. 2012; 227 p. [In Russ.]

12. Tikhonov I.V. Regional lymph nodes of the prostate in norm, at venous stasis in the small pelvis and under conditions of physio- and phytocorrection (anatomical and experimental study). D. thesis Novosibirsk. 2008; 358 p. [In Russ.]

13. Tyuzikov I.A. Chronic prostatitis as a neuro-endocrine syndrome and new potential pharmacotherapeutic options for managing the problem. Pharmacology and pharmacotherapy. 2021; 1: 58–66. [In Russ.]

14. Pushkar D.Y., Kasyan G.R. New in the treatment of chronic prostatitis: interferon-gamma. Pharmateca. 2012; 4: 65–67. [In Russ.]

15. Pushkar D.Y., Rasner P.I., Kotenko D.V. et al. Features of lower urinary tract symptoms in men of the Moscow region. Results of an epidemiological study. Urology. 2018; 3: 22. [In Russ.]

16. Colaco M., Koslov D.S., Keys T. Correlation of gene expression with bladder capacity in interstitial Cystitis/bladder pain syndrome. Urol 2014; 192(2): 1123–1129.

17. Lai H.H., North C.S., Andriole G.L. Polysymptomatic, polysyndromic presentation of patients with urological chronic pelvic pain syndrome. J Urol. 2012; 187(2): 2106–2012.

18. Lotenfoe R.R., Christie J., Parsons A., Burkett P., Helal M., Lockhart J.L. Absence of neuropathic pelvic pain and favorable psychological profile in the surgical selection of patients with disabling interstitial cystitis. J Urol. Dec 1995(154): 2039–42.

19. Hsieh K-L., Chin H-Y., Lo T-S., Long C-Y., Ho C-H., Huang SK-H. et al. Interstitial cystitis/bladder pain syndrome patient is associated with subsequent increased risks of outpatient visits and hospitalizations: A population-based study. PLoS ONE. 2021; 16(9): e0256800. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256800>.

Приложение

ОПРОСНИК ОЦЕНКИ СИМПТОМОВ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ («ОСЗ - ИРР_С-М_С»)

DOMAIN I: Irritativ symptom (Ирритативная симптоматика) «I» (от 0 до 10):

Part a). Как часто Вам приходилось мочиться чаще, чем через 2 часа после окончания мочеиспускания в течение последнего месяца?

- 0 никогда
- 1 менее чем 1 раз из 5
- 2 менее чем в половине случаев
- 3 примерно в половине случаев
- 4 более чем в половине случаев
- 5 почти всегда

Part b). Как часто в течение последнего месяца Вам было трудно временно воздержаться от мочеиспускания?

- 0 никогда
- 1 менее чем 1 раз из 5
- 2 менее чем в половине случаев
- 3 примерно в половине случаев
- 4 более чем в половине случаев
- 5 почти всегда

DOMAIN II: Painful symptom (Болевая симптоматика) - «P» (от 0 до 5):

Какое число лучше описывает интенсивность, среднюю величину боли или дискомфорта, которые Вас беспокоили в течение последнего месяца?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

DOMAIN III: Psychosomatic symptom

(Психосоматическая симптоматика) «Ps» (от 0 до 20): **Part a).** Насколько Ваши симптомы не позволяли Вам делать то, что Вы делаете обычно?

- 0 никогда
- 1 изредка
- 2 иногда
- 3 часто
- 4 очень часто
- 5 почти всегда

Part b). Как часто Вы думаете о симптомах Вашего заболевания?

- 0 никогда
- 1 изредка
- 2 иногда
- 3 часто
- 4 очень часто
- 5 почти всегда

Part c). Как часто в течение года Вы получали лечение по поводу своего заболевания?

_____ раз в году (от 0 до 5).

Part d). Если бы Вы провели оставшуюся жизнь, испытывая эти симптомы, как бы Вы к этому отнеслись?

- 0 хорошо
- 1 нормально
- 2 удовлетворительно
- 3 плохо
- 4 очень плохо
- 5 ужасно

DOMAIN IV Motivational scale (Мотивационная шкала: объективная оценка своего состояния, определяющая готовность к лечению) «Ms» (от 0+ до 4+), где утвердительный ответ («да») – это 1 «+».

Part a). Считаете ли Вы себя больным человеком?

- Да
- Нет

Part b). Считаете ли Вы, что лечение необходимо провести в ближайшее время?

- Да
- Нет

Part c). Готовы ли Вы пройти двухнедельный курс терапии с отрывом от работы?

- Да
- Нет

Part d). Готовы ли Вы пройти двухнедельный курс терапии амбулаторно в удобное для Вас время?

- Да
- Нет

Total score (Суммарный балл) «ОСЗ - IPPs-Ms» (от 0 до 35):

Контактные данные

Автор, ответственный за переписку: Удалов Константин Викторович, заведующий отделением онкоурологии ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница №1», ассистент кафедры урологии НГМУ, научный сотрудник лаборатории клинической морфологии и патоморфологии Института молекулярной патологии и патоморфологии Федерального исследовательского центра фундаментальной и трансляционной медицины, г. Новосибирск. 630117, РФ, г. Новосибирск, ул. Тимакова, д. 2
E-mail: k.udalov@mail.ru
<https://orcid.org/0000-0001-5864-4480>

Информация об авторах

Титяев Игорь Иванович, д.м.н., профессор, врач-уролог высшей квалификационной категории отделения урологии ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница №1», г. Новосибирск.

E-mail: titayev.pro@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-3384-7147>

Касьянов Денис Сергеевич, врач-уролог, ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница №1», г. Новосибирск.

E-mail: kasyanovds@mail.ru
<https://orcid.org/0000-0001-5797-519X>

Тихонов Игорь Викторович, д.м.н., врач уролог-андролог высшей категории, ООО «Санаторий-профилакторий «Станкостроитель», г. Барнаул.

E-mail: urologagmu@mail.ru
<https://orcid.org/0000-0002-9159-1007>

Абдуллаев Натиг Ариф Оглы, д.м.н., ведущий научный сотрудник лаборатории клинической морфологии и патоморфологии Института молекулярной патологии и патоморфологии Федерального исследовательского центра фундаментальной и трансляционной медицины, г. Новосибирск.

E-mail: patol@inbox.ru

Андреев Сергей Сергеевич, заведующий урологическим отделением ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница №1», врач-уролог высшей квалификационной категории, г. Новосибирск.

E-mail: andreev723@yandex.ru.
<https://orcid.org/0000-0002-4244-6807>

Contact information

Corresponding author: Konstantin V. Udalov, Head of the Department of Oncourology, City Clinical Hospital No.1, Assistant of the Department of Urology, Novosibirsk State Medical University, Researcher of the Laboratory of Clinical Morphology and Pathomorphology, Institute of Molecular Pathology and Pathomorphology, Federal Research Center for Fundamental and Translational Medicine, Novosibirsk. 630117, RF, Novosibirsk, Timakova Str. 2

E-mail: k.udalov@mail.ru
<https://orcid.org/0000-0001-5864-4480>

Author information

Igor I. Tityaev, Dr. Sci. (Med.), Professor, Highest Category Urologist, City Clinical Hospital No. 1, Novosibirsk

E-mail: titayev.pro@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-3384-7147>

Denis S. Kasyanov, Urologist, City Clinical Hospital No.1, Novosibirsk.

E-mail: kasyanovds@mail.ru
<https://orcid.org/0000-0001-5797-519X>

Igor V. Tikhonov, Dr. Sci. (Med.), Highest Category Urologist Andrologist, Sanatorium-Dispensary "Stankostroitel", Barnaul

E-mail: urologagmu@mail.ru
<https://orcid.org/0000-0002-9159-1007>

Natig A. Abdullaev, Dr. Sci. (Med.), Leading Research Fellow, Laboratory of Clinical Morphology and Pathomorphology, Institute of Molecular Pathology and Pathomorphology, Federal Research Center for Fundamental and Translational Medicine, Novosibirsk

E-mail: patol@inbox.ru

Sergey S. Andreev, Head of the Urology Department, City Clinical Hospital No.1, Urologist of the Highest Category, Novosibirsk.

E-mail: andreev723@yandex.ru
<https://orcid.org/0000-0002-4244-6807>

Поступила в редакцию 24.11.2022

Принята к публикации 19.01.2023

Для цитирования: Титяев И.И., Удалов К.В., Касьянов Д.С., Тихонов И.В., Абдуллаев Н.А., Андреев С.С. Оценка лечения синдрома хронической тазовой боли с использованием оригинального опросника. Бюллетень медицинской науки. 2023; 1(29): 108-115.

Citation: Tityaev I.I., Udalov K.V., Kasyanov D.S., Tikhonov I.V., Abdullaev N.A., Andreev S.S. Assessment of treatment efficacy for chronic pelvic pain syndrome using an original questionnaire. Bulletin of Medical Science. 2023; 1(29): 108-115. (In Russ.)