

DOI: 10.21802/artm.2026.1.37.93  
УДК 616.381-007.274+616-071.4+616.718.19

## ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИЧНОГО АЛГОРИТМУ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ У ЧОЛОВІКІВ

О.Л. Ткачук, А.П. Мандзій, Ю.І. Когут

*Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра хірургії післядипломної освіти та урології, м. Івано-Франківськ, Україна*

*ORCID ID: 0000-0002-9216-4605, Scopus ID: 58626547600, e-mail: otkachuk@ifnmu.edu.ua*

*ORCID ID: 0009-0003-5446-779X, e-mail: amandziy@ifnmu.edu.ua*

*ORCID ID: 0009-0009-3604-1887, e-mail: yukogut@ifnmu.edu.ua*

**Резюме.** Хронічний тазовий біль у чоловіків (окрім урологічної патології) може бути пов'язаний із хворобою зрощень після оперативних втручань на органах черевної порожнини. Проведено обстеження 47 чоловіків із хронічним тазовим болем, з них 28 лікувалися в уролога через хронічний простатит. В анамнезі вказано про оперативні втручання на органах черевної порожнини. Встановлено, що не завжди чоловікам із хронічним тазовим болем притаманні розлади сечовипускання. Біль може бути проявом хвороби зрощень після перенесених оперативних втручань на органах черевної порожнини і може мати середню ступінь важкості 14,5 [14,0, 7,0], негативно впливаючи на якість життя. Хворим були притаманні такі клінічні ознаки, як-от: помірний біль у ділянці живота під час пальпації (60,7-84,2 %), чергування тимпаніту з тупим звуком під час перкусії (57,1-89,5 %), посилення чи послаблення перистальтики під час аускультатії (64,3-94,7 %). З'ясовано, що не в усіх чоловіків, які періодично лікувалися в уролога через синдром хронічного тазового болю/хронічного простатиту, були об'єктивні ознаки запалення передміхурової залози. Тільки 12 (42,6 %) осіб відчували біль передміхурової залози, у 9 з них за допомогою лабораторного обстеження виявлено запалення. Слід зазначити, що у групі пацієнтів, які не зверталися по допомогу до уролога, у 26,3 % діагностовано ознаки простатиту. За результатами УЗД обстеження передміхурової залози частині пацієнтів необхідне додаткове обстеження. Половина пацієнтів (53,6 %) консультовалися з урологом, а третина хворих (36,8 %) не обстежувалися в уролога і мали неоднорідну структуру з фіброзними змінами передміхурової залози, що може бути причиною хронічного тазового болю. Результати дослідження свідчать про необхідність міждисциплінарного підходу в діагностичному маршруті чоловіків із хронічним тазовим болем, які перенесли оперативні втручання, із залученням лікаря первинної медичної допомоги, хірурга й уролога.

**Ключові слова:** хронічний тазовий біль, хвороба зрощень органів черевної порожнини, хронічний простатит, міждисциплінарний підхід.

**Вступ.** Хронічний тазовий біль може бути постійний або періодичний і часто може викликати синдром подразненого кишечника із подібними супутніми захворюваннями, окрім урологічної патології. Зазвичай уретрит, хронічний простатит і хронічний рецидивуючий цистит (окрім хронічного тазового болю) проявляються явищами дизурії. Міждисциплінарний діагностичний підхід у комплексі може допомогти виявити супутні захворювання, що сприяють хронічному тазовому болю [1]. На сьогодні одними з найпоширеніших клінічних станів серед чоловіків є патології передміхурової залози, зокрема запальні захворювання органів малого таза, наприклад, простатит, можуть викликати симптоми та синдроми (прояви з боку кишечника або нервової системи), відмінні від урологічних. Хронічний простатит/синдром хронічного тазового болю є поширеним захворюванням, яке може мати серйозні наслідки для якості життя чоловіків. Згідно з даними літератури поширеність симптомів простатиту у чоловіків коливається від 2,2 до 14,2 % [2-4]. Хронічний простатит та його ускладнення можуть бути причиною екскреторно-токсичного неплоддя в 40-60 % осіб чоловічої статі [5]. Тому варто оновлювати інформацію про терапевтичний підхід лікування до простатиту, як проблеми різних медичних спеціальностей [6]. Щодо етіології та перебігу хронічних запальних захворювань кишечника

та синдрому подразненого кишечника/хронічного тазового болю, то узагальнено емпірично підтверджені психосоціальні аспекти [7]. Проте внутрішньочеревні спайки, що виникають внаслідок хірургічного втручання, можуть призвести до хронічного тазового болю, кишкової непрохідності, неплоддя та додаткових інвазивних хірургічних втручань через ускладнення [8]. Післяопераційні спайки створюють значне клінічне та фінансове навантаження на пацієнтів та системи охорони здоров'я в усьому світі. Відомо, що запалення та імунні медіатори відіграють першорядну роль у розвитку і тяжкості післяопераційних спайок, але недостатньо досліджені патогенез та етіологія післяопераційних спайок [9]. Хронічний біль є частим післяопераційним ускладненням, яке вражає ~20-40 % пацієнтів після оперативних втручань на травному тракті. Він є важливим фактором ризику зниження якості життя після операції. Одним із оперативних методів лікування є лапароскопічний адгезіолізис, який згідно з літературою зменшує біль від спайок приблизно у 70 % пацієнтів на початковій стадії після лікування. Однак існує мало доказів довгострокової ефективності адгезіолізису при хронічному болю [10]. Наявність хронічного болю у животі чи тазі хворих, пов'язаних зі спайками після операцій, потребує використання знеболювальних засобів, особливо при рецидиві болювого синдрому після адгезіолізису [11].

Для лікування і профілактики утворення спайок науковці вивчають нові перспективні методики лікування з використанням фібрінолітичних засобів, біорезорбовних мембран і стовбурових клітин [12, 13].

Попри значний інтерес до вивчення хронічного тазового болю у чоловіків все ще недостатньо науково сформовано діагностичний алгоритм обстеження таких хворих.

**Мета дослідження** – оцінити результати обстежень чоловіків із хронічним тазовим болем.

**Об'єкт і методи дослідження.** Впродовж 2025 року під спостереженням знаходилося 47 чоловіків із хронічним тазовим болем, 24 з яких була проведена апендектомія (16 лапароскопічних операцій і 8 відкритим методом), а 23 – герніопластика через пахвинні киля з використанням синтетичного сітчастого матеріалу. В анамнезі вказано про оперативні втручання. Середній вік пацієнтів склав  $43,2 \pm 8,2$  року, термін після оперативного втручання склав від 4 до 9 років (у середньому  $5,7 \pm 1,3$  року). Більшість пацієнтів (28 осіб) неодноразово лікувалися в урологів амбулаторно через синдром хронічного тазового болю (СХТБ)/хронічного простатиту. Вони склали I групу, а інші пацієнти – II групу.

Всі пацієнти комплексно обстежені з метою виявлення хронічного простатиту та хвороби зрощень. Щодо хронічного простатиту, то спочатку провели анкетування пацієнтів відповідно до міжнародної системи оцінювання симптомів за допомогою опитувальника «Індекс симптомів хронічного простатиту» (NIH-CPSI, 1999) з оцінкою якості життя пацієнтів (QoL) [14]. Опитувальник складається з чотирьох доменів (I – біль чи дискомфорт (сума балів від 0 до 21); II – сечовипускання (сума балів від 0 до 10); III – вплив симптомів на життя (сума балів від 0 до 6); IV – якість життя (сума балів від 0 до 6)). Оцінку вираженості симптомів проводили за сумою балів в I та II доменах, згідно якої встановлювали ступінь їх важкості. Відповідно при незначно виражених симптомах, сума балів складала від 0 до 9, середньо виражених – від 10 до 18 балів і важких симптомах – 19–31 бал. За сумою балів у III і IV доменах проводили оцінку якості життя пацієнтів. Оцінка загальної суми балів проведена (інтервал 0-43) за результатами суми балів (сума балів вираженості симптомів (S) + суми балів якості життя (QoL)). Після цього провели пальцеве дослідження прямої кишки та передміхурової залози (ПЗ) і певні лабораторні дослідження: а) аналіз секрету ПЗ чи сечі після масажу ПЗ (VB3); б) мікробіологічне дослідження секрету ПЗ чи сечі після масажу ПЗ (VB3); в) ультразвукове дослідження ПЗ (УЗД) із визначенням об'єму ПЗ і наявності неоднорідної структури із фіброзними змінами; г) визначення простат-специфічного антигену (ПСА) в крові пацієнтів для виключення раку простати.

Середній показник об'єму передміхурової залози не виходив за межі норми і склав  $19,8 \pm 1,6$  см<sup>3</sup>, середній рівень ПСА –  $0,9 \pm 0,3$  нг/мл.

Для діагностики хвороби зрощень (окрім збору анамнезу) був проведений огляд (наявність асиметрії, посилення перистальтики), пальпація (болючість, симптоми провалювання) та перкусія живота (чергування тимпаніту з притупленим звуком, посилення чи послаблення перистальтики), УЗД органів

черевної порожнини (обмежена рухливість та деформація контурів кишківника, розширення локально проксимальних відділів кишківника, зниження чи відсутність локально перистальтики, потовщення чи деформація очеревини/брижі). Верифікація діагнозу хвороби зрощень черевної порожнини проводилася шляхом оцінки пасажу рентгенконтрастної суспензії сульфату барію по шлунково-кишковому тракту (проба Шварца).

Усі статистичні розрахунки проводилися за допомогою аналізу даних Microsoft Excel.

Отримані в дослідженні кількісні дані (бали відповідей на окремі питання та анкети загалом, параметри обстежень) спершу перевірили на тип їх розподілу за W тестом Шапіро-Уїлка (Shapiro-Wilk's W test). Оскільки більшість з них не відповідали закону нормального розподілу, то для представлення типових значень (визначення міри центральної тенденції) обрали медіану (Me) та міжквартильний розмах (25 %-75 %), а для оцінки достовірності даних між групами хворих використали непараметричний U-критерій Манна-Уїтні (Mann-Whitney U test).

Статистичну різницю між показниками, вираженими у якісних характеристиках, оцінювали за непараметричним методом хі-квадрат ( $\chi^2$ ) Пірсона [15].

**Результати дослідження та їх обговорення.**

Згідно з результатами анкетування в обох групах пацієнтів медіанне значення суми балів статистично не відрізнялося ( $p > 0,05$ ), у I групі – 25,5 [24,0; 27,0], і в II групі – 25,0 [24,0; 26,0]. В усіх пацієнтів превалював біль чи дискомфорт у ділянці таза з практично відсутнім порушенням сечовипускання. Згідно із сумою балів вираження симптомів в обох групах пацієнтів із хронічним тазовим болем відповідала середньому ступеню важкості, хоча з наближенням показників до рівня важких симптомів, за рахунок вираженого болю чи дискомфорту (табл. 1). Відповідно медіанне значення суми балів у I групі за доменом «Біль чи дискомфорт» становило 15,0 [14,5; 17,00], без статистично вірогідної різниці ( $p > 0,05$ ), з показником у групі пацієнтів, які не зверталися за допомогою до уролога – 14,5 [14,0; 16,0]. Очевидно, що і це більш негативно впливало на якість життя пацієнтів, де медіанне значення суми балів якості життя (QoL) становило 7,5 [6,5; 8,5] у I групі та 8,0 [7,0; 8,0] у II групі пацієнтів ( $p > 0,05$ ).

Під час огляду пацієнтів не спостерігали асиметрії живота чи посилення перистальтики в обох групах, однак під час пальпації помічена помірна болючість живота, особливо в ділянках оперативного втручання у більшості пацієнтів обох груп, хоча відсоток у групі пацієнтів, які не відвідували уролога, був вищим (84,2 %), ніж у групі пацієнтів, які періодично лікувалися в уролога – 60,7 % (табл. 2).

У II групі було більше пацієнтів, у яких під час перкусії живота відзначено чергування тимпаніту з притупленим звуком (89,5 %), у I групі такий показник становив 57,1 %. Під час аускультатії спостерігалася нерівномірність перистальтики (зазвичай вона була посилена) у більшості пацієнтів обох груп, що, ймовірно, могло бути причиною больового синдрому. Більш виражене посилення чи послаблення перистальтики відзначено у II групі пацієнтів (94,7 %).

Таблиця 1

## Дані суб'єктивних проявів у пацієнтів із хронічним тазовим болем

Показник	I група (n=28)	II група (n=19)	P
	Me (LQ; UQ)	Me (LQ; UQ)	
Біль чи дискомфорт	15,0 (14,5; 17,00)	14,5 (14,0; 16,0)	p>0,05
Сечовипускання	3,0 (2,0; 4,0)	2,5 (2,0; 3,5)	p>0,05
Симптоми (сума балів)	18,0 (16,0; 19,0)	17,0 (15,0; 18,5)	p> 0,05
Якість життя (QoL)	7,5 (6,5; 8,5)	8,0 (7,0; 8,0)	p>0,05
Симптоми +QoL	25,5 (24,0; 27,0)	25,0 (24,0; 26,0)	p>0,05

**Примітка:** \*p- вірогідність різниць показників між групами пацієнтів.

Таблиця 2

## Дані клінічного та лабораторного обстеження пацієнтів із хронічним тазовим болем

Показник	I група, n=28	II група, n=19	P
	100 %	100 %	
Болючість під час пальпації живота	17 (60,7 %)	16 (84,2 %)	p<0,05
Чергування тимпаніту з притупленим звуком під час перкусії живота	16 (57,1 %)	17 (89,5 %)	p<0,05
Посилення/послаблення перистальтики	18 (64,3 %)	18 (94,7 %)	p<0,05
Болючість ПЗ під час ректального дослідження	12 (42,6 %)	5 (26,3 %)	p<0,05
>10 лейкоцитів у полі зору під час мікроскопічного дослідження секрету ПЗ	9 (32,1%)	4 (21,1%)	p<0,05

**Примітка:** \*p- вірогідність різниць показників між групами пацієнтів.

У I групі відповідно було у 64,3 % пацієнтів. Під час ректального дослідження 12 (42,6 %) пацієнтів, які відвідували уролога, відмічена болючість передміхурової залози. Також у 5 (26,3 %) хворих, які не консультувалися з урологом, спостерігалася болючість передміхурової залози під час ректального дослідження. Під час мікроскопічного дослідження секрету передміхурової залози у 9 з 12 пацієнтів I групи (32,1 %) було >10 лейкоцитів у полі зору. Згідно з класифікацією інституту здоров'я США цю групу чоловіків можна було віднести до пацієнтів, які мають синдром запального хронічного тазового болю, а інших 3 – до пацієнтів, які мають синдром незапального хронічного тазового болю. У групі пацієнтів, які жодного разу не консультувалися з урологом, у 4 (21,1 %) осіб було >10 лейкоцитів у полі зору під час мікроскопічного дослідження секрету передміхурової залози. Вони, ймовірно, мають синдром запального хронічного тазового болю, а 1 хворий – синдром незапального хронічного тазового болю. Результати бактеріологічного посіву секрету передміхурової залози на флору були негативні в обох групах пацієнтів.

Певні особливі зміни зафіксовані під час УЗД і рентгенологічного обстеження пацієнтів із хронічним тазовим болем (табл. 3), зокрема обмежена рухливість і деформація контурів кишківника в більшості пацієнтів обох груп без статистичної різниці,

67,9 % у I групі та 73,4 % у II групі (p>0,05). Також спостерігалось розширення локально проксимальних відділів кишківника у більшості пацієнтів обох груп із перевагою відсотка кількості у II групі (78,9 %). У I групі такий показник становив у 60,7 % пацієнтів. Під час УЗД обстеження також помічено потовщення чи деформацію очеревини/брижі в більшості пацієнтів без статистичної різниці між показниками обох груп, у I групі – 64,3 % і в II – 68,4 % (p>0,05). За результатами рентгенологічного дослідження (проба Шварца) у значній більшості пацієнтів із хронічним тазовим болем зафіксовано сповільнення пасажу сульфату барію, 89,3 % у I групі і 84,2 % у II групі (p>0,05).

Результати УЗД передміхурової залози показали неоднорідність структури з фіброзними змінами у половини пацієнтів (53,6 %), які періодично лікувалися в уролога та у третини (36,8 %) групи пацієнтів, які не консультувалися з лікарем.

Отже, зважаючи на результати дослідження, тільки 42,6 % пацієнтів I групи і 26,3 % II групи можна попередньо встановити простатит і розглядати це як причину хронічного тазового болю, хоча відповідно до даних УЗД обстеження передміхурової залози частина пацієнтів потребувала додаткового обстеження, оскільки 53,6 % пацієнтів I групи і 36,8 % хворих II групи мали неоднорідну структуру з фіброзними змінами ПЗ.

Таблиця 3

## Дані ультразвукового та рентгенологічного дослідження пацієнтів із хронічним тазовим болем

Показник	I група, n=28	II група, n=19	P
	100 %	100 %	
обмежена рухливість і деформація контурів кишківника	19 (67,9 %)	14 (73,4 %)	p>0,05
розширення локально проксимальних відділів кишківника	17 (60,7 %)	15 (78,9 %)	p<0,05
потовщення чи деформація очередини/брижі	18 (64,3 %)	13 (68,4 %)	p>0,05
сповільнення пасажу сульфату барію (проба Шварца)	25 (89,3 %)	16 (84,2 %)	p>0,05
наявність неоднорідності структури із фіброзними змінами ПЗ	15 (53,6 %)	7 (36,8 %)	p<0,05

**Примітка:** \*р- вірогідність різниці показників між групами пацієнтів

Таким чином, пацієнти із хронічним тазовим болем, які в анамнезі мали оперативні втручання на органах черевної порожнини і зазвичай лікувалися в уролога, потребують огляду хірурга, оскільки причиною тазового болю може бути хвороба зрощень, на що вказують Sadek K. та ін. [8]. Це також можна підкреслити високим відсотком (20-40 %) хронічного болю після операційного ускладнення, на чому наголошують у своїй публікації Beukel BA та ін. [10]. І навпаки, чоловіки, які спостерігалися в хірурга чи лікаря первинної медичної допомоги через хвороби зрощень, повинні обстежитися в уролога, тому що причиною хронічного тазового болю може бути простатит, який негативно впливає на якість життя [2]. У 40-60 % він є причиною екскреторно-токсичного непліддя у чоловіків, на чому наголошують у своїй роботі Stus VP та ін. [5].

**Висновки.** Встановлено, що не завжди чоловікам із хронічним тазовим болем притаманні розлади сечовипускання, а біль може мати вісцеральне походження на тлі хвороби зрощень після перенесених оперативних втручань на органах черевної порожнини.

З'ясовано, що не в усіх чоловіків, які лікуються в урологів через синдром хронічного тазового болю/хронічного простатиту, а в анамнезі мали оперативні втручання на органах черевної порожнини, є об'єктивні ознаки запалення передміхурової залози. І водночас у значної частини чоловіків, які не зверталися за допомогою до уролога, можна діагностувати простатит.

Пацієнти із хронічним тазовим болем, які перенесли оперативні втручання, потребують міждисциплінарного підходу із залученням лікаря первинної медичної допомоги, хірурга та уролога.

**Перспективи подальших досліджень** полягатимуть у розробці диференційованого діагностичного алгоритму у чоловіків із хронічним тазовим болем, які перенесли оперативні втручання на органах черевної порожнини.

**Конфлікт інтересів:** відсутній.

## References:

- Juganavar A, Joshi KS. Chronic Pelvic Pain: A Comprehensive Review. Cureus. 2022 Oct 26; 14(10):e30691. <https://doi.org/10.7759/cureus.30691>
- Pena VN, Engel N, Gabrielson AT, Rabinowitz MJ, Herati AS. Diagnostic and Management Strategies for

Patients with Chronic Prostatitis and Chronic Pelvic Pain Syndrome. *Drugs Aging*. 2021 Oct; 38(10):845-886. <https://doi.org/10.1007/s40266-021-00890-2>

- Krieger JN, Lee SW, Jeon J, Cheah PY, Liong ML, Riley DE. Epidemiology of prostatitis. *Int J Antimicrob Agents*. 2008 Feb; 31 Suppl 1(Suppl 1):S85-90. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2007.08.028>
- Mehik A, Hellström P, Lukkarinen O, Sarpola A, Järvelin M. Epidemiology of prostatitis in Finnish men: a population-based cross-sectional study. *BJU Int*. 2000 Sep; 86(4):443-8. <https://doi.org/10.1046/j.1464-410x.2000.00836>
- Stus VP, Polion YM, Polion MU. Recovery of spermatogenesis in patients with excretory-toxic infertility. *Health Man*. 2016; 2(57):143-6. [https://doi.org/10.30841/2307-5090.2\(57\).2016.82978](https://doi.org/10.30841/2307-5090.2(57).2016.82978)
- Yebes A, Toribio-Vazquez C, Martinez-Perez S, Quesada-Olarte JM, Rodriguez-Serrano A, Álvarez-Maestro M, Martínez-Piñero L. Prostatitis: A Review. *Curr Urol Rep*. 2023 May; 24(5):241-251. <https://doi.org/10.1007/s11934-023-01150-z>
- Häuser W, Grandt D. Psychophysiology of visceral pain syndromes. *Schmerz*. 2002 Dec; 16(6):460-6. <https://doi.org/10.1007/s00482-002-0190-x>
- Sadek K, Macklon N, Bruce K, Cagampang F, Cheong Y. Hypothesis: Role for the circadian Clock system and sleep in the pathogenesis of adhesions and chronic pelvic pain? *Med Hypotheses*. 2011 Mar; 76(3):453-6. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2010.11.020>
- Hassanabad AF, Zarzycki AN, Jeon K, Deniset JF, Fedak PW. Post-Operative Adhesions: A Comprehensive Review of Mechanisms. *Biomedicines*. 2021 Jul 22; 9(8):867. [doi.org/10.3390/biomedicines9080867](https://doi.org/10.3390/biomedicines9080867)
- Beukel BA W, Ree R, Leuven S, Bakkum E, Strik C, Goor H, Ten Broek R. Surgical treatment of adhesion-related chronic abdominal and pelvic pain after gynaecological and general surgery: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2017 May 1; 23(3):276-288. [doi.org/10.1093/humupd/dmx004](https://doi.org/10.1093/humupd/dmx004)
- Beukel BAW, R Ree R, Goor H, Wal SEI, Broek RPG. Analgesia in patients with adhesion-related chronic abdominal and pelvic pain after surgery: a systematic review. *Acta Chir Belg*. 2022 Oct; 122(5):303-311. <https://doi.org/10.1080/00015458.2021.1881336>
- Chen J, Tang X, Wang Z, Perez A, Yao B, Huang K, Zhang Y, King WM. Techniques for navigating postsurgical adhesions: Insights into mechanisms and

- future directions. *Bioeng Transl Med.* 2023 Jun 26; 8(6):e10565. <https://doi.org/10.1002/btm2.10565>
13. Souza Lima SRO, Kanemitsu K, Rashid M, Patel VK, Ali M. Long-Term Efficacy and Safety of Adhesion Prevention Agents in Abdominal and Pelvic Surgeries: A Systematic Review. *Cureus.* 2024 Oct 11; 16(10):e71280. <https://doi.org/10.7759/cureus.71280>
  14. Litwin MS, McNaughton-Collins M, Fowler FJ, Nickel JC, Calhoun EA, Pontari MA, Alexander RB, 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. [https://doi.org/10.1016/s0022-5347\(05\)68562-x](https://doi.org/10.1016/s0022-5347(05)68562-x)
  15. Forthofer RN, Lee ES, Hernandez M. *Biostatistics: A Guide to Design, Analysis, and Discovery.* Amsterdam: Elsevier Academic Press. 2007. p. 502.

UDC 616.381-007.274+616-071.4+616.718.19

### FEATURES OF THE DIAGNOSTIC ALGORITHM FOR CHRONIC PELVIC PAIN IN MEN

O.L. Tkachuk, A.P. Mandziy, Y.I. Kohut

*Ivano-Frankivsk National Medical University,  
Department of Surgery of Postgraduate Education and  
Urology, Ivano-Frankivsk, Ukraine  
ORCID ID: 0000-0002-9216-4605,  
Scopus ID: 58626547600,  
e-mail: otkachuk@ifnmu.edu.ua  
ORCID ID: 0009-0003-5446-779X,  
e-mail: amandziy@ifnmu.edu.ua  
ORCID ID: 0009-0009-3604-1887,  
e-mail: yukogut@ifnmu.edu.ua*

**Abstract.** Constant or periodic chronic pelvic pain in men negatively affects quality of life and, in addition to urological pathology, may accompany conditions associated with the development of adhesions after surgical interventions on the abdominal organs. According to the literature, the prevalence of prostatitis symptoms in the male population can reach up to 14.2 %, and chronic pain can occur in 20-40 % of patients who have undergone surgery on the digestive tract. In order to evaluate the results of the study, 47 men with chronic pelvic pain who had a history of abdominal surgery were examined (of these, 24 underwent appendectomy and 23 underwent hernioplasty for inguinal hernias using synthetic mesh material), 28 of whom were treated by a urologist for chronic prostatitis/chronic

pelvic pain syndrome. All male patients with chronic pelvic pain underwent comprehensive examination for chronic prostatitis and adhesive disease. The severity of symptoms and quality of life were assessed using questionnaires. Changes in the prostate gland were assessed using specific examinations (rectal examination of the prostate gland, analysis of prostate gland secretions with microbiological examination, ultrasound examination of the prostate gland). Verification of the diagnosis of adhesive disease of the abdominal cavity was performed by assessing the passage of a radiopaque barium sulfate suspension through the gastrointestinal tract (Schwartz test). It has been found that men with chronic pelvic pain do not always have urinary disorders, but this may be a manifestation of adhesions after surgical interventions on the abdominal organs and have a moderate severity of 14.5 [14.0; 17.0], thereby negatively affecting the quality of life of patients, where the median value of the quality of life score was 7.5 [6.5; 8.5]. It should be noted that most male patients with chronic pelvic pain who have undergone abdominal surgery have clinical signs such as moderate abdominal pain on palpation (60.7-84.2 %), alternating tympany with dull sound on percussion (57.1-89.5 %), and increased or decreased peristalsis on auscultation (64.3-94.7 %). Typically, intestinal peristalsis was intensified, which could have been the cause of the pain syndrome. It was found that not all men who were periodically treated by a urologist for chronic pelvic pain syndrome/chronic prostatitis had objective signs of inflammation of the prostate gland, namely, only 12 (42.6 %) had pain in the prostate gland, of which 9 had laboratory test results, namely prostate gland secretions, indicating inflammation. It should be noted that in the group of patients who did not seek help from a urologist, 26.3 % were diagnosed with signs of prostatitis. Although according to ultrasound examination of the prostate gland, some patients require additional examination, since in general, in the group of patients consulted by a urologist, half (53.6 %) and one-third (36.8 %) in the group of patients who were not examined by a urologist had a heterogeneous structure with fibrotic changes in the prostate gland, which may be the cause of chronic pelvic pain. The results of the study emphasize the need for an interdisciplinary approach in the diagnostic pathway for men with chronic pelvic pain who have undergone surgery, involving a primary care physician, surgeon, and urologist.

**Keywords:** chronic pelvic pain, adhesions in the abdominal cavity, chronic prostatitis, interdisciplinary approach.

**Conflict of interest:** absent.



Copyright © O.Л. Ткачук, А.П. Мандзій, Ю.І. Когут, 2026

Дата першого надходження статті до видання 04.11.2025 р.  
Дата прийняття статті до друку після рецензування 21.01.2026 р.