

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

DOI: 10.21802/artm.2026.2.38.6

УДК 616-07+616.65-002+616.65+616-006.6

ОНКОНАСТОРОЖЕНІСТЬ В МОНІТОРИНГУ ПАЦІЄНТІВ НА ХРОНІЧНИЙ АБАКТЕРІАЛЬНИЙ ПРОСТАТИТ/СИНДРОМ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮР.Р. Антонів¹, А.П. Мандзій^{1*}, А.М. Писар²¹Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра хірургії післядипломної освіти та урології, м. Івано-Франківськ, Україна²Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра онкології, м. Івано-Франківськ, Україна

ORCID ID: 0000-0002-7179-2987, Scopus ID: 60135744700, e-mail: rantoniv@ifnmu.edu.ua

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

ORCID ID: 0009-0009-4733-0510, e-mail: Pysar_An@ifnmu.edu.ua

*Автор кореспондент: amandziy@ifnmu.edu.ua

Резюме. З метою оцінки діагностичних параметрів проведено обстеження 43 пацієнтів із хронічним абактеріальним простатитом/синдромом хронічного тазового болю з тривалим рецидивуючим перебігом, який важко піддавався лікуванню відповідно до клінічних настанов Європейської асоціації урологів. За результатами дослідження встановлено, що лікування пацієнтів із хронічним абактеріальним простатитом/синдромом хронічного тазового болю не завжди забезпечує повне усунення симптомів, зокрема інтенсивність больового синдрому після терапії залишалася в межах середнього ступеня (11,9±1,7 бала). Попри статистично значуще зниження загального показника на 35,7 % (p<0,05), зумовлене переважно трикратним зменшенням дизурії, рівень болю чи дискомфорту зберігався на рівні 10,7±1,3 бала. З'ясовано, що наявність у пацієнтів хронічного тазового болю, який важко піддається лікуванню, потребує мультипараметричної магнітно-резонансної томографії передміхурової залози (включно з пацієнтами, які мають нормальний рівень простат-специфічний антиген у крові), особливо коли його рівень підвищений, бо у значної частини пацієнтів (32,6 %) рівень загального простат-специфічного антигену в крові після лікування залишався в межах 4 - 10 нг/мл. Дослідження проведено шляхом порівняння двох груп пацієнтів: I група – з показником простат-специфічного антигена до 4 нг/мл, II група – з показником понад 4 нг/мл. За допомогою мультипараметричної магнітно-резонансної томографії передміхурової залози у понад третини пацієнтів (35,7 %) II групи та у 6,8 % пацієнтів I групи виявлена висока чи дуже висока ймовірність клінічно значущого раку простати. Крім того, у 35,8 % пацієнтів II групи та у 13,8 % пацієнтів I групи встановлена невизначена ймовірність раку простати. Відповідно 20,6 % пацієнтам I групи та 71,5 % пацієнтам II групи проведена біопсія передміхурової залози, за результатами якої у 13,8 % пацієнтів I групи та 42,9 % пацієнтів II групи діагностовано рак. Ці пацієнти потребували подальшого лікування в умовах онкологічного центру.

Ключові слова: хронічний абактеріальний простатит, синдром хронічного тазового болю, рак передміхурової залози.

Вступ. Серед чоловіків найбільш поширеним урологічним захворюванням є хронічний простатит/синдром хронічного тазового болю (ХП/СХТБ), який може мати серйозні наслідки для якості життя хворих [1]. На якість життя негативно впливає широкий спектр клінічних проявів, серед яких чотири основні групи симптомів: урогенітальний біль, симптоми нижніх сечовивідних шляхів, психологічні проблеми та сексуальна дисфункція [2].

Поширеність симптомів простатиту в чоловічій популяції становить від 2,2 % до 14,2 %. Ризик розвитку захворювання корелює з віком: порівняно з групою 20–39 років, у чоловіків віком 40–49 років він вищий у 1,7 раза, а у віці 50–59 років - у 3,1 раза [3, 4]. В абсолютній більшості випадків за наявності типової клінічної симптоматики при культуральному аналізі секрету передміхурової залози інфекційний чинник не виявляється [5]. Ця форма ХП відповідно до класифікації Національних інститутів здоров'я США (1999) визначається як хронічний абактеріальний простатит (ХАП) або синдром хронічного тазового болю (категорія III, СХТБ) [6].

Рак передміхурової залози (РПЗ) посідає друге місце за поширеністю серед онкологічних захворювань у чоловіків у всьому світі. Фактори ризику включають вік, сімейний анамнез та генетичну схильність. Додатковими причинами можуть бути куріння, відсутність фізичної активності, специфічні ліки та професійні фактори. Збільшення використання на сьогодні магнітно-резонансної томографії (МРТ) може пом'якшити деякі негативні наслідки скринінгу [7]. У 2020 році у світі було зареєстровано понад 1 414 000 нових випадків раку РПЗ (захворюваність 31 на 100 000 населення) і понад 375 000 смертей (смертність 7,7 на 100 000 населення) [8]. У 1999–2018 рр. стандартизована за віком захворюваність на рак простати в Україні зросла з ≈ 9.3 до ≈ 22.1 осіб на 100 000 населення за світовим стандартом. У 1999 році показник смертності внаслідок РПЗ в Україні становив 2,7, а в 2018 році – 4,1 осіб на 100 000 населення [9]. Це може бути пов'язано з демографічними змінами, старінням населення та покращенням діагностики за допомогою скринінгу, зокрема визначення в крові рівня простат-специфічного антигена (ПСА). Згідно з

даними Національного канцер-реєстру України у 2024 році в Україні діагностовано ≈ 8668 нових випадків РПЗ і 2541 чоловік помер за цей період, що є не тільки медичною, а й соціальною проблемою.

Мета-аналіз 15 досліджень типу «випадок-контроль» показав, що наявність клінічного хронічного простатиту в анамнезі може значно збільшити ймовірність раку простати в загальній популяції [10]. Водночас результати іншого систематичного огляду та мета-аналізу є суперечливими: вони вказують на ймовірне зростання скринінгу та виявлення раку передміхурової залози у чоловіків із клінічним простатитом [11]. Оскільки етіологія ХП/СХТБ невідома, вона може бути пов'язана з каскадом аутоімунних процесів у передміхуровій залозі та сприяти розвитку РПЗ [12].

Попри значний науковий інтерес до зв'язку хронічного простатиту з раком передміхурової залози, динамічному спостереженню за пацієнтами з ХАП/СХТБ досі приділяється недостатньо уваги.

Мета дослідження – оцінити параметри діагностики у пацієнтів на хронічний абактеріальний простатит/синдром хронічного тазового болю.

Об'єкт і методи дослідження. Під спостереженням перебували 43 пацієнти з ХАП/СХТБ із тривалим рецидивуючим перебігом, що важко піддавався лікуванню за клінічними настановами Європейської асоціації урологів (EAU) [13]. Середній вік пацієнтів склав $46,4 \pm 5,2$ років; тривалість захворювання від 5 до 8 років (в середньому $6,2 \pm 1,3$ року). Всім пацієнтам проведено наступні обстеження: пальцеве ректальне дослідження передміхурової залози (ПЗ); лабораторні та інструментальні тести: а) аналіз секрету ПЗ чи сечі після масажу ПЗ (VB3); б) дослідження виділень із сечівника на специфічну та неспецифічну флору методом полімеразно-ланцюгової реакції (ПЛР); в) мікробіологічне дослідження секрету ПЗ чи сечі після масажу ПЗ (VB3); г) трансректальне ультразвукове дослідження з визначенням об'єму ПЗ; д) визначення простат-специфічного антигена (ПСА) в крові пацієнтів для скринінгу раку простати.

Діагноз хронічного абактеріального простатиту встановлювали на підставі наступних критеріїв: наявність періодичного чи постійного болю (дискомфорт) над лоном, в промежині, калитці, крижовій ділянці протягом тривалого часу (не менше 3 місяців) з розладами сечовипускання або без них; наявність кількості лейкоцитів >10 (запальна форма) чи <10 (незапальна форма) в полі зору при мікроскопічному дослідженні секрету передміхурової залози чи сечі після масажу простати (VB3); негативні результати мікробіологічних досліджень секрету простати чи сечі після масажу простати (VB3); негативні результати ПЛР діагностики виділень з уретри; відсутність при ректальному дослідженні ущільнень у передміхуровій залозі; відсутність за даними трансректального ультразвукового дослідження значимих ділянок зі зниженою ехогенністю в передміхуровій залозі.

Також провели анкетування пацієнтів згідно з міжнародною системою оцінювання симптомів за допомогою опитувальника «Індекс симптомів хронічного простатиту» (NIH-CPSI, 1999) з оцінкою якості

життя пацієнтів (QoL) [6]. Опитувальник складається з чотирьох доменів (I – біль чи дискомфорт, з оцінкою суми балів від 0 до 21; II – сечовипускання, з оцінкою суми балів від 0 до 10; III – вплив симптомів на життя, з оцінкою суми балів від 0 до 6; IV – якість життя, з оцінкою суми балів від 0 до 6. Оцінку вираженості симптомів проводили за сумою балів в I та II доменах, згідно з якою 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 в III та IV доменах проводили оцінку якості життя хворих. Загальна сума балів (інтервал 0-43) визначалася додаванням суми балів вираженості симптомів (S) та суми балів якості життя (QoL).

У пацієнтів спостерігався підвищений рівень простат-специфічного антигена (середній показник – $6,8 \pm 1,4$ нг/мл). Після завершення терапії за протоколами EAU у третини хворих (32,6 %) позитивна динаміка була відсутня. З метою виключення РПЗ всім пацієнтам проведена мультипараметрична магнітно-резонансна томографія (мп МРТ) передміхурової залози з оцінкою за системою PI-RADS v2 (Prostate Imaging-Reporting and Data System). Відповідно PI-RADS 1 – дуже низька ймовірність клінічно значущого раку, PI-RADS 2 – низька ймовірність клінічно значущого раку, PI-RADS 3 – невизначена ймовірність клінічно значущого раку (необхідна додаткова оцінка або біопсія), PI-RADS 4 – висока ймовірність клінічно значущого раку, PI-RADS 5 – дуже висока ймовірність клінічно значущого раку. Пацієнтів рандомізували у дві групи. Першу (I-29) групу склали пацієнти, рівень ПСА в крові яких після лікування був у межах норми (до 4 нг/мл) і другу групу (II-14) – пацієнти з рівнем ПСА в межах 4 - 10 нг/мл.

Усі статистичні розрахунки проводилися за допомогою пакета аналізу даних Microsoft Excel та програми Statistica 10.0.

Отримані 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 всі параметри відповідали закону нормального розподілу, то для представлення типових значень (визначення міри центральної тенденції) обрали середнє значення (M) та стандартне відхилення ($\pm SD$), а для оцінки достовірності даних між групами використали параметричний t-test.

Статистичну значущість відмінностей між якісними показниками оцінювали за допомогою критерію хі-квадрат (χ^2) Пірсона [14].

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами анкетування, до початку лікування загальний бал пацієнтів із ХАП становив $27,0 \pm 3,5$. Найбільший негативний вплив на якість життя ($8,5 \pm 1,3$ бала) мав домен «біль або дискомфорт», показник якого сягав $15,0 \pm 1,8$ бала. Водночас прояви дизурії були незначними і становили $3,5 \pm 1,3$ бала (табл. 1). Відповідно всі пацієнти за сумою балів (NIH-CPSI) мали середню ступінь вираженості симптомів, з наближенням до важких із показником у $18,5 \pm 2,7$ бала.

Таблиця 1

Оцінка суб'єктивних проявів захворювання в пацієнтів із хронічним абактеріальним простатитом, (M±SD)

Показник	До лікування (n=43)	Після лікування (n=43)	P
Біль чи дискомфорт	15,0 ±1,8	10,7±1,3	p<0,05
Сечовипускання	3,5 ±1,3	1,2 ±0,4	p<0,05
NIH-CPSI	18,5 ±2,7	11,9±1,7	p<0,05
QoL	8,5 ±1,3	6,3±1,1	p<0,05
NIH-CPSI + QoL	27,0±3,5	18,2±2,4	p<0,05

Примітка: *p- вірогідність різниці показників між групами пацієнтів; NIH-CPSI – індекс симптомів хронічного простатиту згідно Національних інститутів здоров'я США; QoL – якість життя.

Після проведеного лікування спостерігалася значима позитивна динаміка на 32,6 % із середнім показником загальної суми балів 18,2±2,4 (p<0,05). Якість життя пацієнтів залишалася низькою, попри статистично значуще покращення на 25,9 %. Сумарний бал вираженості симптомів відповідав середньому ступеню тяжкості (11,9±1,7) переважно через біль та дискомфорт (10,7±1,3). Водночас спостерігалася тенденція до легкого ступеня: показник дизурії статистично значуще (p<0,05) знизився майже втричі (на 35,7 %).

Збереження больового синдрому чи дискомфорту, а також підвищення рівня ПСА у 32,6 % осіб

стали підставою для проведення мпМРТ передміхурової залози всім пацієнтам

Згідно з результатами мпМРТ, у більшості (79,4 %) пацієнтів I групи та майже у третини (28,5 %) обстежених II групи відмічено низьку чи дуже низьку ймовірність клінічно значущого раку простати (PI-RADS 1, 2) (табл. 2). У більше ніж третини пацієнтів (35,7 %) II групи за результатами мп МРТ виявлена висока чи дуже висока ймовірність клінічно значущого раку (PI-RADS 4,5). Але й у 2-х (6,8 %) пацієнтів I групи, у крові яких рівень ПСА був у межах норми, за даними мп МРТ також відзначена висока ймовірність (PI-RADS 4) клінічно значущого раку простати (p<0,05).

Таблиця 2

Дані мп МРТ передміхурової залози в пацієнтів із хронічним абактеріальним простатитом, (γ2)

Показник	I група, n=29	II група, n=14	P
	100 %	100 %	
PI-RADS 1	11 (37,9 %)	3 (21,4 %)	p<0,05
PI-RADS 2	12 (41,5 %)	1 (7,1 %)	p<0,05
PI-RADS 3	4 (13,8 %)	5 (35,8 %)	p<0,05
PI-RADS 4	2 (6,8 %)	3 (21,4 %)	p<0,05
PI-RADS 5	0 (0,0 %)	2 (14,3 %)	p<0,05

Примітка: *p- вірогідність різниці показників між групами пацієнтів; PI-RADS - Prostate Imaging-Reporting and Data System

Практично у третини (35,8 %) пацієнтів II групи та в 4 (13,8 %) пацієнтів I групи за результатами мп МРТ встановлена невизначена ймовірність раку простати (PI-RADS 3), що потребувало проведення біопсії передміхурової залози. Згідно з отриманими результатами мп МРТ, 6-ти (20,6 %) пацієнтам I групи та 10-ти (71,5 %) пацієнтам II групи (PI-RADS 3,4,5) проведена мультифокальна трансректальна біопсія передміхурової залози під ультразвуковим контролем.

За результатами біопсії передміхурової залози у 4-х (13,8 %) пацієнтів I групи, у крові яких рівень ПСА був у межах норми і 6-ти (42,9 %) пацієнтів II групи, де цей показник був підвищений, діагностовано РПЗ, що в подальшому потребувало лікування цих пацієнтів в умовах онкологічного центру.

Протягом останніх десятиліть значна увага науковцями приділяється вивченню хронічного простатиту, зокрема епідеміології, діагностиці та лікуванню, його ускладненням, чоловічому безпліддю, пов'язаному з простатитом, а також зв'язку між хронічним простатитом/синдромом хронічного тазового болю та раком передміхурової залози [15]. Подібність основних симптомів при цих патологіях (дизурія, больовий синдром) спонукало нас провести

додаткові обстеження пацієнтів із ХАП/СХТБ із тривалним рецидивуючим перебігом, який важко піддавався лікуванню. Рівень ПСА в сироватці крові може підвищуватися при доброякісній гіперплазії передміхурової залози та простатиті, оскільки цей показник є органоспецифічним, а не канцероспецифічним. Водночас нормальний рівень ПСА не виключає наявності раку передміхурової залози (РПЗ) у деяких пацієнтів [13, 16]. Тому всім пацієнтам проведено мп МРТ, що дозволяє діагностувати клінічно значущий РПЗ із візуалізацією ділянок для біопсії [17, 18].

Висновки. Встановлено, що лікування пацієнтів із хронічним абактеріальним простатитом/синдромом хронічного тазового болю не завжди сприяє повному нівелюванню симптомів, зокрема больового синдрому.

З'ясовано, що наявність у пацієнтів хронічного тазового болю, який важко піддається лікуванню, потребує мультипараметричної магнітно-резонансної томографії передміхурової залози, включаючи пацієнтів із нормальним рівнем простат-специфічного антигена в крові.

Встановлено, що за допомогою мультипараметричної магнітно-резонансної томографії можна

встановити ймовірність клінічно значимого раку передміхурової залози при хронічному абактеріальному простатиті/ синдромі хронічного тазового болю, навіть у пацієнтів із нормальним рівнем простат-специфічного антигена в крові.

З'ясовано, що у пацієнтів із невизначеною ймовірністю раку за даними мПМРТ біопсія передміхурової залози має вирішальне діагностичне значення, порівняно з тактикою динамічного спостереження.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у вивченні взаємозв'язку хронічного абактеріального простатиту/синдрому хронічного тазового болю з раком передміхурової залози на рівні біохімічних та імунологічних процесів у передміхуровій залозі.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Заява про доступність даних: Дані, що підтверджують результати цього дослідження, доступні у автора-кореспондента за обґрунтованим запитом.

References:

1. 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>
2. Rees J, Abrahams M, Doble A, Cooper A, Prostatitis Expert Reference Group (PERG). Diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a consensus guideline. *BJU Int*. 2015; 116:509e25. <https://doi.org/10.1111/bju.13101>
3. 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>
4. 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.x>
5. Schaeffer AJ, Knauss JS, Landis JR, Probert KJ, Alexander RB, Litwin MS, Nickel JC, et al. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network Study Group. Leukocyte and bacterial counts do not correlate with severity of symptoms in men with chronic prostatitis: the national institutes of health chronic prostatitis cohort study. *J Urol*. 2002; 168:1048-1053.
6. Litwin MS, McNaughton-Collins M, Fowler Jr 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*. *Urol*. 1999 Aug; 162(2):369-75. [https://doi.org/10.1016/s0022-5347\(05\)68562-x](https://doi.org/10.1016/s0022-5347(05)68562-x)
7. Bergengren O, Pekala KR, Matsoukas K, Fainberg J, Mungovan SF, Bratt O, Bray F, Brawley O, Luckenbaugh AN, et al. 2022 Update on Prostate Cancer Epidemiology and Risk Factors-A Systematic Review. *Eur Urol*. 2023 Aug; 84(2):191-206. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2023.04.021>
8. Gandaglia G, Leni R, Bray F, Fleshner N, Freedland SJ, Kibel A, Stattin P, Van Poppel H, La Vecchia C. Epidemiology and Prevention of Prostate Cancer. *Eur Urol Oncol*. 2021 Dec; 4(6):877-892. <https://doi.org/10.1016/j.euo.2021.09.006>
9. Kobilnyk YU, Mytsyk YU, Borzhiyevskyy A, Vorobets D, Matskevych V. Dynamika zakhvoryuvanosti ta vymiryuval'nosti vid raku peredmikhurovoyi zalozy v Ukraini: suchasnyy stan sprav. *Pratsi Naukovoho tovarystva imeni Shevchenka. Medychni nauky*. 2020 Veresen; 62(2). <https://doi.org/10.25040/ntsh2020.02.06>
10. Perletti G, Monti E, Magri V, Cai T, Cleves A, Trinchieri A, Montanari E. The association between prostatitis and prostate cancer. Systematic review and meta-analysis. *Arch Ital Urol Androl*. 2017 Dec 31; 89(4):259-265. <https://doi.org/10.4081/aiua.2017.4.259>
11. Langston ME, Horn M, Khan S, Pakpahan R, Doering M, Dennis LK, Sutcliffe S. A Systematic Review and Meta-analysis of Associations between Clinical Prostatitis and Prostate Cancer: New Estimates Accounting for Detection Bias. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2019 Oct; 28(10):1594-1603. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-19-0387>
12. Liu Y, Mikrani R, Xie D, Wazir J, Shrestha S, Ullah R, Baig MMFA, Ahmed A, Srivastava PK, et al. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and prostate cancer: study of immune cells and cytokines. *Fundam Clin Pharmacol*. 2020 Apr; 34(2):160-172. <https://doi.org/10.1111/fcp.12517>
13. European Association of Urology. Sexual and Reproductive Health. Guidelines [Internet]. <https://uroweb.org/guidelines/sexual-and-reproductive-health>
14. Forthofer RN, Lee ES, Hernandez M. *Biostatistics: A Guide to Design, Analysis, and Discovery*. Amsterdam: Elsevier Academic Press. 2007. P. 502.
15. Chen Q, Feng J, Liu Z, An D, Li Y, Zhou S, Weng Z. Research trends of prostatitis over past 20 years: A bibliometric analysis. *Andrologia*. 2021 Nov; 53(10):e14206. <https://doi.org/10.1111/and.14206>
16. Thompson IM, Pauler DK, Goodman PJ, Tangen CM, Lucia MS, Parnes HL, Minasian LM, et al. Prevalence of prostate cancer among men with a prostate-specific antigen level < or =4.0 ng per milliliter. *N Engl J Med*. 2004 May 27; 350(22):2239-46. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa031918>
17. Turkbey B, Rosenkrantz AB, Haider MA, Padhani AR, Villeirs G, Macura KJ, Tempny CM, et al. Prostate Imaging Reporting and Data System Version 2.1: 2019 Update of Prostate Imaging Reporting and Data System Version 2. *Eur Urol*. 2019 Sep; 76(3):340-351. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2019.02.033>
18. Weinreb JC, Barentsz JO, Choyke PL, Cornud F, Haider MA, Macura KJ, Margolis D, et al. PI-RADS Prostate Imaging - Reporting and Data System: 2015, Version 2. *Eur Urol*. 2016 Jan; 69(1):16-40. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2015.08.052>

UDC 616-07+616.65-002+616.65+616-006.6

**ONCONEUTRITY IN MONITORING PATIENTS
WITH CHRONIC ABACTERIAL
PROSTATITIS/CHRONIC PELVIC PAIN
SYNDROME**R.R. Antoniv¹, A.P. Mandziy*¹, A.M. Pysar²¹*Ivano-Frankivsk National Medical University,
Department of Surgery of Postgraduate Education and
Urology, Ivano-Frankivsk, Ukraine*²*Ivano-Frankivsk National Medical University,
Department of Oncology, Ivano-Frankivsk, Ukraine*

ORCID ID: 0000-0002-7179-2987,

Scopus ID: 60135744700,

e-mail: rantoniv@ifnmu.edu.ua

ORCID ID: 0009-0003-5446-779X,

e-mail: amandziy@ifnmu.edu.ua

ORCID ID: 0009-0009-4733-0510,

e-mail: Pysar_An@ifnmu.edu.ua

*Corresponding author: amandziy@ifnmu.edu.ua

Abstract. The most common urological disease among men is chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome, which negatively affects the quality of life of patients. Quality of life is negatively affected by a wide range of clinical manifestations, especially pain syndrome. In order to evaluate diagnostic parameters, 43 patients with chronic abacterial prostatitis/chronic pelvic pain syndrome with a long-term recurrent course that was difficult to treat in accordance with the clinical guidelines of the European Association of Urologists were examined. The study found that treatment of patients with chronic abacterial prostatitis/chronic pelvic pain syndrome does not always lead to complete elimination of symptoms, particularly pain syndrome, since after treatment, the severity of symptoms remained moderate (11.9 ± 1.7) due to pain or discomfort (10.7 ± 1.3), although with a statistically significant tendency toward mild severity by 35.7 % ($p < 0.05$) associated with a nearly threefold decrease in the incidence of dysuria. It has been established that patients with chronic pelvic

pain that is difficult to treat require multiparametric magnetic resonance imaging of the prostate gland, including patients with normal levels of total prostate-specific antigen in the blood, and especially when its level is elevated, since in a significant proportion of patients (32.6 %), the level of total prostate-specific antigen in the blood remained within 4-10 ng/ml after treatment, which prompted all patients to undergo multiparametric magnetic resonance imaging of the prostate gland. For further diagnostic tactics, patients were divided into two groups. According to the data obtained from multiparametric magnetic resonance imaging of the prostate gland, in the majority (79.4 %) of patients in group I, in whom the level of total prostate-specific antigen in the blood was within the normal range, and in almost a third (28.5 %) of patients in group II with elevated levels of total prostate-specific antigen in the blood, the level of prostate-specific antigen was within the normal range. -specific antigen levels were within normal limits, and in almost one-third (28.5 %) of patients in group II with elevated blood levels of total prostate-specific antigen, a low or very low probability of clinically significant prostate cancer was noted according to the PI-RADS system. Meanwhile, more than one-third of patients (35.7 %) in group II and 6.8 % of patients in group I were found to have a high or very high probability of clinically significant prostate cancer. In addition, more than one-third (35.8 %) of patients in group II and 13.8% of patients in group I were found to have an uncertain probability of prostate cancer. Accordingly, 20.6 % of patients in group I and 71.5 % of patients in group II underwent prostate biopsy, which resulted in 13.8 % of patients in group I and 42.9 % of patients in group II being diagnosed with prostate cancer, requiring further treatment at an oncology center. It has been established that prostate biopsy, as opposed to a wait-and-see approach, has definitive diagnostic value in patients with an uncertain probability of prostate cancer based on multiparametric magnetic resonance imaging of the prostate gland.

Keywords: chronic abacterial prostatitis, chronic pelvic pain syndrome, prostate cancer.

Conflict of interest: absent.



Copyright © Р.Р. Антонів, А.П. Мандзій, А.М. Писар, 2026

*Рукопис надійшов в редакцію: 14.01.2026 р.**Рукопис повернутий на доопрацювання: 18.01.2026 р.**Рукопис отриманий після доопрацювання: 15.02.2026 р.**Рукопис прийнятий до друку: 08.05.2026 р.*