



Роль клініко-анамнестичних даних при первинній діагностиці генітального ендометріозу

Т. В. Скапчук *^{A,B,C,D}, І. В. Каліновська ^{E,F}

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

A – концепція та дизайн дослідження; B – збір даних; C – аналіз та інтерпретація даних; D – написання статті; E – редагування статті; F – остаточне затвердження статті

Нині у багатьох рандомізованих дослідженнях доведено важливість оцінювання клініко-анамнестичних даних під час первинної діагностики генітального ендометріозу. Клінічне оцінювання «класичних» скарг пацієнтів, що характерні для генітального ендометріозу, дає змогу з високою вірогідністю спрогнозувати наявність ендометріозу, що є важливою складовою вибору оптимальної тактики лікування. Незважаючи на досить велику кількість розроблених анкет для оцінювання симптомів ендометріозу, жодна з них не набула широкого застосування в вітчизняній клінічній практиці. Впровадження у практику щоденника симптомів ендометріозу сприятиме детальнішому оцінюванню загального болю при ендометріозі, впливу захворювання на якість життя пацієнта, а також дасть змогу оцінити якість обраного методу лікування.

Мета роботи – на підставі ретроспективного аналізу історій хвороб пацієнтів проаналізувати характерні для генітального ендометріозу клініко-анамнестичні дані в аспекті патогістологічно підтвердженого діагнозу ендометріозу.

Матеріали і методи. Здійснили ретроспективний аналіз 160 історій хвороб пацієнток. Критерії залучення пацієнток із генітальним ендометріозом у дослідження включали наявність предменструального больового синдрому, дисменореї, диспареунії, характер менструальних виділень (коричневі виділення до та після менструацій), хронічний тазовий біль. Крім того, обов'язковою умовою було підтвердження генітального ендометріозу за даними патогістологічного дослідження.

Результати. Зіставивши дані щодо больових симптомів із клінічним діагнозом, встановленим за даними патогістологічного дослідження, зробили висновок, що симптоми, найімовірніше, були спричинені ураженням ендометріозом.

Висновки. Клінічно-анамнестичні показники, найбільш характерні для генітального ендометріозу, визначили у 138 (86,25 %) пацієнток. Дані щодо частоти поєднання больових симптомів: два симптоми мали 27,50 % (n = 44) пацієнток, три – 26,88 % (n = 43), чотири – 14,38 % (n = 23), п'ять – 6,25 % (n = 10) обстежених. Це впливало на вибір передбачуваного об'єму оперативного втручання та сприяло встановленню клінічного діагнозу. Опис больових симптомів досить обмежений, оскільки оцінювання характерних симптомів генітального ендометріозу не передбачало додаткових обстежень для виключення інших причин функціонального болю в ділянці таза. Крім того, опис больових симптомів був неповним, і це мінімізувало оцінювання несприятливого впливу на повсякденну діяльність, роботу або якість життя загалом, що властиві больовим симптомам. Не встановлена чітка різниця між хронічними тазовими болями та дисменореєю, не одержали даних щодо роботи шлунково-кишкового тракту та сечовидільної системи, що можуть бути пов'язані з симптомами генітального ендометріозу та можуть свідчити про ураження цих відділів.

Ключові слова:
генітальний ендометріоз, ознаки та симптоми, діагностика.

Патологія. 2024.
Т. 21, № 1(60).
С. 57-60

*E-mail:
taras.skap4yk@gmail.
com

The role of clinical and anamnestic data in the primary diagnosis of genital endometriosis

T. V. Skapchuk, I. V. Kalinovska

To date, many randomized studies have proven the importance of evaluating clinical and anamnestic data in the initial diagnosis of genital endometriosis. Clinical assessment of "classic" complaints of patients, which are characteristic of genital endometriosis, allows to predict the presence of endometriosis with a high probability, which is an important component of choosing the optimal treatment tactics. Despite a fairly significant number of developed questionnaires for the assessment of endometriosis symptoms, none of them has been widely used among domestic clinicians. Implementation of a diary of symptoms of endometriosis in practice will allow to more carefully assess the general pain of endometriosis, the impact on the patient's quality of life, and also to evaluate the quality of the chosen method of treatment.

The aim of the study: on the basis of a retrospective analysis of patients' disease histories, assessment of the presence of clinical and anamnestic data characteristic of genital endometriosis in accordance with the obtained results of pathohistologically confirmed endometriosis.

Materials and methods. We performed a retrospective analysis of 160 patient histories. The criteria for selecting patients with genital endometriosis were the presence of the following symptoms: premenstrual pain syndrome, dysmenorrhea, dyspareunia, the nature of menstrual discharge (brown discharge before and after menstruation), chronic pelvic pain, as well as confirmation, with the help of histopathological examination, of genital endometriosis.

Results. By comparing the obtained data on pain symptoms with the clinical diagnosis made on the basis of histopathological examination, it can be concluded that the symptoms were most likely caused by endometriosis.

Keywords:
genital endometriosis, signs and symptoms, diagnosis.

Pathologia.
2024;21(1):57-60

Conclusions. Clinical and anamnestic data most characteristic of genital endometriosis were found in 138 (86.25 %) patients, data on the frequency of combination of painful symptoms were as follows: combination of two symptoms in 27.50 % (n = 44), three symptoms in 26.88 % (n = 43), four symptoms in 14.38 % (n = 23) and five studied symptoms in 6.25 % (n = 10), which in turn influenced the choice of the expected volume of surgical intervention and contributed to the establishment of a clinical diagnosis. The description of pain symptoms is quite limited, since the assessment of the characteristic symptoms of genital endometriosis did not include: conducting additional examinations in order to exclude additional causes of functional pain in the pelvis, the description of pain symptoms was incomplete, which, in turn, minimized the assessment of the adverse impact on daily activities, work or the quality of life in general, characteristic of pain symptoms, there is no clear difference between chronic pelvic pain and dysmenorrhea, the absence of data regarding the work of the gastrointestinal tract and urinary system, regarding the symptoms of genital endometriosis, which may indicate damage to the above-mentioned departments.

Ендометріоз – поширене гінекологічне захворювання, основним патогенетичним механізмом якого є формування хронічного запалення. Ендометріоз характеризується наявністю залоз і тканин ендометрія поза межами порожнини матки [1].

За різними статистичними даними, поширеність ендометріозу в жінок репродуктивного віку становить 10–15 % та до 50 % жінок із тазовим болем та/або проблемами фертильності [2].

Основні клінічні прояви ендометріозу – дисменорея, диспареунія, хронічний тазовий біль, ациклічний біль, дисхезія, дизурія [3]. Наявність болю негативно впливає на соціальне та психологічне функціонування пацієнток з ендометріозом, істотно погіршуючи якість їхнього життя [4]. У хворих, які мають клінічні симптоми ендометріозу, наявність болю істотніше погіршує якість життя, ніж у пацієнток з іншими доброякісними гінекологічними захворюваннями [5]. Внаслідок доволі широкого діапазону симптомів ендометріозу часто затримується його діагностика, а це впливає на своєчасне призначення ефективного лікування та знижує якість життя пацієнтів [6].

У кількох дослідженнях повідомляли про підвищену частоту розвитку депресивних і тривожних розладів, що спричинені хронічним тазовим болем, у пацієнток з ендометріозом [7]. Досі недостатньо відомостей про тривогу та занепокоєння пацієнток до та під час діагностики, планування лікування, хоча ці етапи мають істотний психологічний вплив [8].

Оцінювання загальних симптомів у пацієнта та їхнього впливу на якість життя стає все поширенішим у клінічній практиці під час первинної діагностики генітального ендометріозу. Найчастіше виконують загальне оцінювання хронічного тазового болю при ендометріозі, що сприяє комплексному підходу під час визначення оптимального варіанта лікування [9].

У науковій літературі описано різні шкали для оцінювання болю при ендометріозі, включаючи візуальні аналогові шкали, кількісні та словесні аналогові шкали [10]. Досі немає доказових даних щодо порівняння ефективності хірургічного та медикаментозного лікування, а також їх поєднання. Це обґрунтовує важливість оцінювання болю при ендометріозі [11].

Немає загальноприйнятої шкали для оцінювання загального болю, що враховувала б усі гетерогенні симптоми при ендометріозі. Дослідження клініко-анамнестичних даних у пацієнток з підтвердженим генітальним ендометріозом дасть змогу сформулювати підґрунтя для розроблення ефективного інструмента, орієнтованого на пацієнта, для оцінювання больових симптомів, вибору оптимальної тактики ведення, а

також визначення способів покращення якості життя таких хворих.

Мета роботи

На підставі ретроспективного аналізу історій хвороб пацієнтів проаналізувати характерні для генітального ендометріозу клініко-анамнестичні дані в аспекті патогістологічно підтвердженого діагнозу ендометріозу.

Матеріали і методи дослідження

Здійснили ретроспективний аналіз 160 історій хвороб пацієнток, які перебували на лікуванні у гінекологічному відділенні КЗОЗ «Медичний центр лікування безпліддя» (м. Чернівці) у 2018–2022 роках. Хворим виконали лапароскопічне видалення осередків ендометріодних гетеротопій. Середній вік пацієнток становив 30,16 року (від 22 до 46 років). Дослідження здійснили відповідно до принципів Гельсінської декларації. Публікація матеріалів погоджена комісією з біоетики Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці).

Критерії залучення пацієнток із генітальним ендометріозом у дослідження включали наявність предменструального больового синдрому, дисменореї, диспареунії, характер менструальних виділень (коричневі виділення до та після менструації), хронічний тазовий біль, оперативне втручання. Крім того, обов'язковою умовою було підтвердження генітального ендометріозу за даними патогістологічного дослідження.

Критерії виключення – менопауза, діагностовані злоякісні захворювання статевих систем, інші гінекологічні патології (лейоміома тіла матки, генітальний пролапс, поліп ендометрія, пухлини придатків матки).

Найчастіша супутня гінекологічна патологія в групі обстежених – безпліддя, що діагностували в 142 (88,75 %) випадках: первинне – у 105 (73,9 %) пацієнток, вторинне – у 37 (26,1 %) жінок.

Лапароскопічне втручання здійснили за допомогою устаткування та інструментарію фірми «Karl Storz» (Німеччина), використовуючи механічну та електрохірургічну техніку, аквапурацію. Пацієнтки перебували під ендотрахеальним наркозом. Для оптимальної візуалізації матки та її придатків пацієнтці надавали положення Trendelenburg із кутом нахилу 40–45°. Під час огляду органів малого таза дотримувалися такої послідовності: міхурово-матковий простір, матка, праві придатки, права клубова ділянка, апендикс, далі візуалізували висхідну частину товстого кишківника, праву

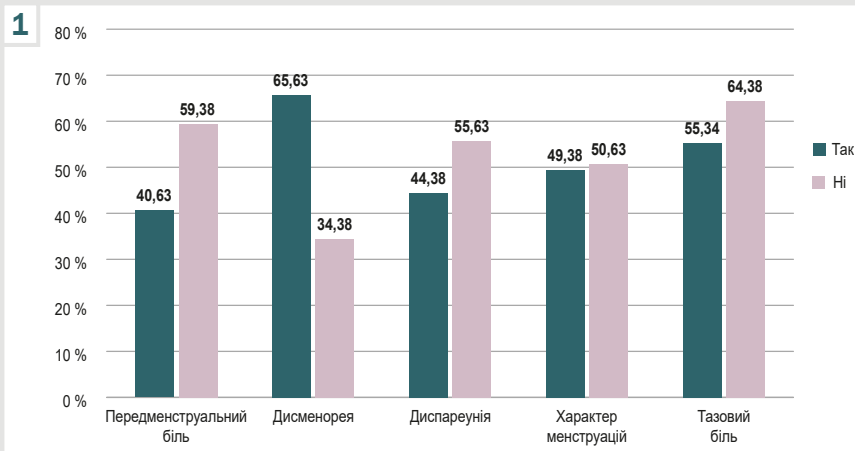


Рис. 1. Клініко-анамнестичні ознаки генітального ендометріозу.

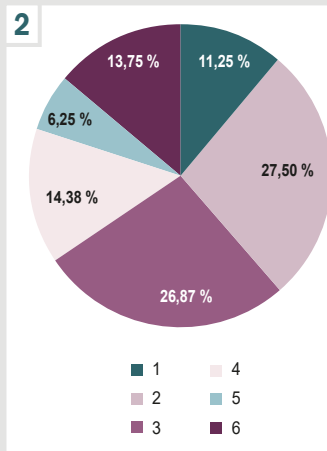


Рис. 2. Поєднання клінічних симптомів генітального ендометріозу. 1: один симптом; 2: два симптоми; 3: три симптоми; 4: чотири симптоми; 5: п'ять симптомів; 6: немає клінічних симптомів генітального ендометріозу.

та ліву долі печінки, очеревину над печінкою, частину поперечно-ободової кишки, селезінковий кут, низхідну частину товстого кишківника, сигмоподібну кишку, прямокишково-маткове заглиблення, ліву клубову ділянку і ліві придатки матки. Ендометріодні гетеротопії висікали гострим шляхом за допомогою тупокінцевих лапароскопічних ножиць. За допомогою біполярного ротаційного затискача з використання біполярної енергії, що генерувалася з електрохірургічного блока ERBE VIO 300 (потужність 40 Вт), виконували приціпну коагуляцію зони висічення.

Весь взятий матеріал фіксували в 10 % нейтральному формаліні, передавали для гістологічного дослідження. Забарвлення здійснили за методом ван Гісона.

Статистичні розрахунки виконали за допомогою інструментів і вбудованих функцій Google Sheets.

Результати

Аналітичне опрацювання історій хвороб пацієнок, залучених у дослідження, показало таку частоту ознак генітального ендометріозу, що зафіксовані під час збору клініко-анамнестичних даних на етапі підготовки до планового оперативного лікування: передменструальний біль – 65 (40,63 %) випадків, дисменорея – 105 (65,63 %), диспареунія – 71 (44,38 %), наявність коричневих виділень до та після менструацій (характер менструацій) – 79 (49,38 %), хронічний тазовий біль – 57 (55,34 %) хворих (рис. 1).

Вивчили частоту поєднання названих симптомів. Встановили, що один симптом мали 18 (11,25 %) жінок, два – 44 (27,50 %), три – 43 (26,87 %), чотири – 23 (14,38 %), п'ять – 10 (6,25 %) обстежених. Зауважимо, що 22 (13,75 %) пацієнтки не мали скарг, що пов'язані з наведеними симптомами.

Проаналізувавши протоколи оперативних втручань, наведені в медичних картах стаціонарного хворого, встановили, що обсяг лікування в усіх пацієнок передбачав лапароскопію, висічення осередків

ендометріодних гетеротопій, патогістологічне підтвердження генітального ендометріозу. Зіставивши дані щодо больових симптомів із клінічним діагнозом, встановленим за даними патогістологічного дослідження, зробили висновок, що симптоми, найімовірніше, були спричинені ураженням ендометріозом.

Обговорення

У результаті дослідження встановили, що 138 (86,25 %) пацієнок мали характерні для генітального ендометріозу больові симптоми на передопераційному етапі.

Один зі стандартів діагностики генітального ендометріозу – виконання лапароскопії з візуалізацією ендометріодних гетеротопій, що має чутливість понад 90 %, та наступне гістологічне підтвердження [12]. У публікації V. Mijatovic & P. Vercellini показано, що управління болем у пацієнок з ендометріозом може передбачати більше, ніж вибір між консервативним і хірургічним лікуванням і може потребувати комплексного підходу, включаючи роботу з психологами, сексологами, фізіотерапевтами, дієтологами та терапевтами; спектр альтернативних методів лікування може сприяти усуненню більшості додаткових причин, асоційованих із болем [13]. Зазначимо, що чималу прогностичну цінність має поєднання клінічних симптомів в обстежених. Так, найчастіше визначають два ($n = 44$, 27,50 %) та три ($n = 43$, 26,88 %) клінічних симптоми, що найбільш характерні для генітального ендометріозу. Це свідчить про важливість встановлення критеріїв для оцінювання симптомів ендометріозу та визначення терапевтичної стратегії.

Дослідження, що здійснили, має обмеження: не оцінювали ступінь вираженості больових симптомів, не здійснювали гістологічну класифікацію типу ендометріозу; крім того, неможливим було віддалене оцінювання симптомів болю після лікування. Втім, у публікації M. P. Andres et al., які здійснили ретроспективний аналіз даних 1129 пацієнок після хірургічного лікування ендометріозу, показано: визначення тяжких

больових симптомів при ендометріозі за аналоговою шкалою відбиває негативний вплив захворювання на якість життя хворих [14]. Розуміння гістологічного рисунку та рівня фіброзу в ендометріюїдних гетеротопіях сприяє полегшенню симптомів болю та має важливе значення для адекватної відповіді на гормональне лікування [15].

Висновки

1. Клінічно-анамнестичні показники, найбільш характерні для генітального ендометріозу, визначили у 138 (86,25 %) пацієнок. Дані щодо частоти поєднання больових симптомів: два симптоми мали 27,50 % (n = 44) пацієнок, три – 26,88 % (n = 43), чотири – 14,38 % (n = 23), п'ять – 6,25 % (n = 10) обстежених. Це впливало на вибір передбачуваного обсягу оперативного втручання та сприяло встановленню клінічного діагнозу.

2. Опис больових симптомів досить обмежений, оскільки оцінювання характерних симптомів генітального ендометріозу не передбачало додаткових обмежень для виключення інших причин функціонального болю в ділянці таза. Крім того, опис больових симптомів був неповним, і це мінімізувало оцінювання несприятливого впливу на повсякденну діяльність, роботу або якість життя загалом, що властиві больовим симптомам. Не встановлена чітка різниця між хронічним тазовим болем та дисменореєю, не одержали даних щодо роботи шлунково-кишкового тракту та сечовидільної системи, що можуть бути пов'язані з симптомами генітального ендометріозу та можуть свідчити про ураження цих відділів.

Фінансування

Дослідження виконане в рамках НДР Буковинського державного медичного університету: «Збереження та відновлення репродуктивного здоров'я жінок та дівчат при акушерській і гінекологічній патології», держреєстрація № 0121U110020 (2021–2025).

Конфлікт інтересів:

відсутній.
Conflicts of interest: authors have no conflict of interest to declare.

Надійшла до редакції / Received: 22.01.2024

Після доопрацювання / Revised: 16.02.2024

Схвалено до друку / Accepted: 27.02.2024

Відомості про авторів:

Скапчук Т. В., аспірант каф. акушерства та гінекології, Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна.

ORCID ID: 0009-0007-5800-4396

Каліновська І. В., д-р мед. наук, професор каф. акушерства та гінекології, Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна.

ORCID ID: 0000-0003-4787-527X

Information about authors:

Skapchuk T. V., MD, Postgraduate Student of the Department of Obstetrics and Gynecology, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine.

Kalinovska I. V., MD, PhD, DSc, Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine.

References

- van Nooten FE, Cline J, Elash CA, Paty J, Reaney M. Development and content validation of a patient-reported endometriosis pain daily diary. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16(1):3. doi: [10.1186/s12955-017-0819-1](https://doi.org/10.1186/s12955-017-0819-1)
- Zondervan KT, Becker CM, Koga K, Missmer SA, Taylor RN, Viganò P. Endometriosis. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4(1):9. doi: [10.1038/s41572-018-0008-5](https://doi.org/10.1038/s41572-018-0008-5)
- Daniilidis A, Angioni S, Di Michele S, Dinas K, Gkrozou F, D'Alterio MN. Deep Endometriosis and Infertility: What Is the Impact of Surgery? *J Clin Med*. 2022;11(22):6727. doi: [10.3390/jcm11226727](https://doi.org/10.3390/jcm11226727)
- D'Alterio MN, Saponara S, Agus M, Laganà AS, Noventa M, Loi ES, et al. Medical and surgical interventions to improve the quality of life for endometriosis patients: a systematic review. *Gynecol Surg*. 2021;18(1). doi: [10.1186/s10397-021-01096-5](https://doi.org/10.1186/s10397-021-01096-5)
- Szyplowska M, Tarkowski R, Kulak K. The impact of endometriosis on depressive and anxiety symptoms and quality of life: a systematic review. *Front Public Health*. 2023;11:1230303. doi: [10.3389/fpubh.2023.1230303](https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1230303)
- Till SR, As-Sanie S, Schrepf A. Psychology of Chronic Pelvic Pain: Prevalence, Neurobiological Vulnerabilities, and Treatment. *Clin Obstet Gynecol*. 2019;62(1):22-36. doi: [10.1097/GRF.0000000000000412](https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000412)
- Estes SJ, Huisiingh CE, Chiuvè SE, Petruski-Ivleva N, Missmer SA. Depression, Anxiety, and Self-Directed Violence in Women With Endometriosis: A Retrospective Matched-Cohort Study. *Am J Epidemiol*. 2021;190(5):843-52. doi: [10.1093/aje/kwaa249](https://doi.org/10.1093/aje/kwaa249)
- Arena A, Orsini B, Degli Esposti E, Manzara F, Ambrosio M, Raimondo D, et al. The unbearable burden of endometriosis: Results from a large cohort about anxiety reduction during the first outpatient evaluation. *J Psychosom Res*. 2021;147:110512. doi: [10.1016/j.jpsychores.2021.110512](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110512)
- Stragapede E, Huber JD, Corsini-Munt S. My Catastrophizing and Your Catastrophizing: Dyadic Associations of Pain Catastrophizing and the Physical, Psychological and Relational Well-Being of Persons with Endometriosis and their Partners. *Clin J Pain*. 2024 Jan 17. doi: [10.1097/AJP.0000000000001193](https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000001193)
- Puchar A, Panel P, Oppenheimer A, Du Cheyron J, Fritel X, Fauconnier A. The ENDOPAIN 4D Questionnaire: A New Validated Tool for Assessing Pain in Endometriosis. *J Clin Med*. 2021;10(15):3216. doi: [10.3390/jcm10153216](https://doi.org/10.3390/jcm10153216)
- Keukens A, Veth VB, Regis M, Mijatovic V, Bongers MY, Coppus SF, et al. The effect of surgery or medication on pain and quality of life in women with endometrioma. A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2024;293:95-105. doi: [10.1016/j.ejogrb.2023.12.012](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2023.12.012)
- Paterson ES, Scheck S, McDowell S, Bedford N, Girling JE, Henry CE. Retrospective review of endometriosis surgery at Te Whatu Ora – Capital and Coast. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2023 Oct 31. doi: [10.1111/ajo.13766](https://doi.org/10.1111/ajo.13766)
- Mijatovic V, Vercellini P. Towards comprehensive management of symptomatic endometriosis: beyond the dichotomy of medical versus surgical treatment. *Hum Reprod*. 2024;39(3):464-77. doi: [10.1093/humrep/thead262](https://doi.org/10.1093/humrep/thead262)
- Andres MP, Riccio LG, Abrao HM, Manzini MS, Braga L, Abrao MS. Visual Analogue Scale Cut-off Point of Seven Represents Poor Quality of Life in Patients with Endometriosis. *Reprod Sci*. 2023 Dec 6. doi: [10.1007/s43032-023-01406-6](https://doi.org/10.1007/s43032-023-01406-6)
- Yela DA, Silva MS, Eloy L, Benetti-Pinto CL. Correlation between Anatomopathological Aspects and Pelvic Pain in Women with Deep Infiltrating Endometriosis. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2023;45(12):e770-4. doi: [10.1055/s-0043-1772473](https://doi.org/10.1055/s-0043-1772473)