

DOI: 10.21802/artm.2025.3.35.84
УДК 618.145-007.415-07-08-039.76

КЛІНІЧНА ЗНАЧИМІСТЬ АНКЕТИ ДЛЯ ОЦІНКИ ТАЗОВОГО БОЛЮ У ХВОРИХ ЕНДОМЕТРІОЗОМ

Т.В. Скапчук

*Буковинський державний медичний університет, кафедра акушерства та гінекології,
м. Чернівці, Україна*

ORCID ID: 0009-0007-5800-4396, Scopus ID: 59485498800, e-mail: taras.skap4yk@gmail.com

Резюме. Ендометріоз – поширене хронічне захворювання жінок репродуктивного віку, характеризується наявністю ендометріоподібного епітелію та/або стромы за межами ендометрію, як правило, з пов'язаним запальним компонентом. Серед основних клінічних симптомів ендометріозу є дисменорея, диспареунія, хронічні тазові болі, рясні менструальні виділення, безпліддя.

Метою роботи є оцінка факторів ризику виникнення, частоти, характеру клінічних проявів у хворих на ендометріоз на основі розробленої анкети для оцінки тазового болю.

Дослідження базувалося на аналізі анкет для оцінки тазового болю. Загальна кількість обстежених склала 100 осіб, які були розподілені на дві клінічні групи: основну групу (50 жінок) та групу порівняння (50 жінок). Під час первинного огляду всі пацієнтки основної та порівняльної груп, які погодились взяти участь у дослідженні, заповнювали анкету оцінки тазового болю. Анкета була структурована у шість основних блоків, що охоплювали оцінку клінічних проявів ендометріозу. До них належали: загальні питання щодо тазового болю, інформація відносно роботи кишечника та сечового міхура, медична терапія, оцінка репродуктивної функції, оперативні втручання стосовно ендометріозу. Також анкета включала два додаткових блоки запитань, які описували стан здоров'я на момент первинного огляду.

Анкета для оцінки тазового болю є ефективним інструментом, орієнтованим на пацієнта, для оцінювання клінічних проявів ендометріозу, вибору оптимальної тактики ведення пацієнток з ендометріозом. Проаналізувавши отримані результати анкетування можна зробити висновок, що ведучим клінічним симптомом був больовий синдром, серед якого домінували прояви дисменореї (88 %). Функціональні порушення роботи прямої кишки та сечового міхура траплялися у 17 пацієнток (34 %). Попередня медикаментозна терапія у 78 % випадків не полегшувала клінічних проявів ендометріозу. Погіршення загального психосоматичного стану, що впливав на якість життя та загальне самопочуття, траплялося у 29 пацієнток (58 %).

Ключові слова: ендометріоз, жінки репродуктивного віку, діагностика, лікування, репродуктивне здоров'я, хронічний тазовий біль.

Вступ. Ендометріоз – поширене хронічне захворювання жінок репродуктивного віку, яке характеризується наявністю ендометріоподібного епітелію та/або стромы за межами ендометрію, як правило, з пов'язаним запальним компонентом [1, 2]. Поширеність ендометріозу складає понад 300 мільйонів жінок репродуктивного віку, а у структурі гінекологічних захворювань ендометріоз займає лідируючі позиції. Серед жінок, які звертаються за гінекологічною допомогою, ендометріоз діагностують у 47 % пацієнток. Поширеність ендометріозу коливається від 2 % до 11 % серед безсимптомних жінок і від 5 % до 21 % жінок, що скаржаться на хронічний тазовий біль. Серед підлітків із хронічним тазовим болем поширеність ендометріозу складає близько 49 % [3, 4]. Об'єднана оцінка поширеності ендометріозу незалежно від клінічних симптомів, стадії захворювання, форми ендометріозу, діагностичного методу, континенту показала, що розповсюдженість ендометріозу становить близько 18 %.

Дослідження ендометріозу викликає інтерес дослідників уже не одне десятиліття. Незважаючи на це, труднощі постановки первинного діагнозу пов'язані з відсутністю універсальних діагностичних критеріїв та досить різноманітною симптоматикою [5, 6]. Серед основних клінічних симптомів ендометріозу можна виділити дисменорею, диспареунію, хронічні тазові болі, рясні менструальні виділення, безпліддя

[7]. Інші стани, пов'язані з ендометріозом, можуть включати синдром подразненого кишечника, нерегулярний тазовий біль, мігрень, біль у попереку, розлади сечового міхура, що значно впливає на загальний фізичний, психічний та соціальний стан. У деяких випадках захворювання може мати безсимптомний перебіг, а для діагностики ендометріозу, в середньому, необхідно 8 років [8]. Наведені фактори сприяють затримці між початком первинних симптомів і постановкою первинного діагнозу та, в кінцевому результаті, значно погіршують ефективність лікування.

Мета дослідження – оцінити фактори ризику виникнення хвороби, частоту, характер клінічних проявів у хворих на ендометріоз на основі розробленої анкети для оцінки тазового болю.

Об'єкт і методи дослідження. Набір хворих проводився в КЗОЗ «Медичний центр лікування безпліддя» м. Чернівці. Дослідження здійснили згідно з принципами Гельсінської декларації.

Відповідно до основної мети дослідження клінічні групи були представлені наступним чином:

- Основну групу (50 жінок) становили хворі на гістологічно підтверджений ендометріоз, у яких захворювання було діагностовано після оперативного втручання та відповідало характерним клінічним проявам захворювання.

• Групу порівняння склали 50 жінок з аналогічними скаргами, яким також було проведено оперативне втручання, проте гістологічних ознак ендометріозу не виявлено, а клініко-параклінічні показники слугували контролем для порівняння даних параклінічного обстеження хворих основної групи спостереження.

Загальна кількість обстежених налічувала 100 осіб.

З метою діагностики гінекологічної патології, детальної оцінки анамнезу захворювання проводили збір анамнестичних даних пацієнток основної та порівняльної груп. Враховували особливості менструального циклу (менархе, регулярність циклу, тривалість і характер менструацій, дата останньої менструації), особливості репродуктивної функції (кількість вагітностей, результат вагітностей, особливості пологів), перенесені гінекологічні та загальні захворювання, наявність перенесених хірургічних втручань (операції на матці, яєчниках, трубах). Враховували форму безпліддя та його тривалість. Усі пацієнтки основної та порівняльної груп на передопераційному етапі були проконсультовані терапевтом, а, за потреби, також профільними спеціалістами. Усім обстеженим пацієнткам проводили оперативне лікування, надавали перевагу лапароскопічному доступу. Залежно від наявності проявів ендометріозу пацієнткам проводили діагностичну лапароскопію або виконували оперативне лікування в необхідному обсязі.

Було модифіковано та впроваджено анкету для оцінки тазового болю, яка була розроблена з метою впровадження ефективного інструменту, орієнтованого на пацієнта, для оцінювання клінічних проявів ендометріозу, вибору оптимальної тактики лікування пацієнток з ендометріозом, а також для порівняння ефективності хірургічного та медикаментозного лікування. Під час первинного огляду всі пацієнтки основної та порівняльної груп, які погодилися взяти участь у дослідженні, заповнювали анкету оцінки тазового болю. Критеріями включення пацієнток у дослідження були репродуктивний вік, наявність безпліддя нез'ясованої етіології, відсутність органічної патології за даними допоміжних методів діагностики, оперативне лікування в необхідному обсязі, хронічний тазовий біль, погіршення якості життя. Критеріями виключення були менопауза, злоякісні новоутворення, інша гінекологічна патологія (лейоміома матки, генітальний пролапс), наявність оперативних втручань на органах малого таза (резекції глибокого інфільтративного ендометріозу).

Під час анкетування кожна пацієнтка вказувала ПІБ, дату народження та контактний номер телефону, інформаційні деталі. Анкета для оцінки тазового болю була структурована у шість основних блоків, що охоплювали оцінку клінічних проявів ендометріозу. До них належали: загальні питання стосовно тазового болю, інформація щодо роботи кишечника та сечового міхура, медична терапія, оцінка репродуктивної функції, оперативні втручання відносно ендометріозу. Також анкета включала два додаткових блоки запитань, які описували стан здоров'я на момент первинного огляду.

Перший блок сформований із 10 запитань, які відображають симптоматику тазового болю впродовж

нормального менструального циклу. Кожній пацієнтці пропонували відповідь «так» або «ні» на запропоновані запитання. Якщо відповідь була «так», то пропонували оцінити відповідно до ступеня прояву симптомів, де 0 – відсутність болю, 1–4 – легкий біль, 5–7 – помірний біль, 8–10 – нестерпний біль.

Другий блок включає 5 запитань стосовно роботи кишечника та сечового міхура, зокрема відчуття неповного спорожнення кишечника, запори, наявність прожилок крові у калі під час менструації, відчуття неповного спорожнення сечового міхура та наявність крові у сечі під час менструації. На цей блок питань кожній пацієнтці пропонували наступні варіанти відповідей: «ніколи», «дуже рідко», «дуже часто» та «постійно».

Третій блок складається з 3 запитань щодо медичної терапії всіх пацієнток, які взяли участь у дослідженні. Пропонували дати відповідь: «так» або «ні» стосовно прийому комбінованих оральних контрацептивів, наявності внутрішньоматкової спіралі або прийом інших гормональних препаратів.

Четвертий блок запитань відображає репродуктивну функцію досліджуваних пацієнток і нарахує 2 запитання, які дозволяють оцінити наявність безпліддя, його тип і тривалість.

П'ятий блок розподілений на 2 запитання, які окреслюють потребу в прийомі препаратів і тип знеболювальних препаратів. Під певним типом знеболювальних препаратів пропонували надати відповідь «так» або «ні», а також обрати один з найбільш часто вживаних знеболювальних.

У шостому блоці запитань досліджуваним пацієнткам пропонували відповісти «так» або «ні» стосовно перенесених оперативних втручань відносно ендометріозу та оперативних втручань на яєчниках.

До додаткових блоків відносяться запитання, що стосуються впливу на якість життя та загальне самопочуття, клінічних проявів ендометріозу на момент первинного огляду пацієнток. Усім досліджуваним пацієнткам пропонували намалювати лінію на шкалі від 1 до 100 відповідно до власних відчуттів. Градація шкали відповідає: 100 – найкращий стан здоров'я, який можливо уявити та 0 – найгірний стан здоров'я. Також пацієнткам рекомендували відповісти на 4 запитання, які описували стан здоров'я на момент огляду, включаючи оцінку звичайної діяльності, болю або дискомфорту, відчуття тривоги або депресії, якість самообслуговування.

Статистичну обробку матеріалів проводили на персональному комп'ютері з процесором Intel Pentium-III, у середовищі Windows 2000, з використанням прикладних статистичних пакетів "Statistica 5.5", а також статистичних функцій програми MS Excel 2000.

Результати дослідження та їх обговорення.

Оцінку отриманих результатів проводили відповідно до розподілених блоків запитань. Перший блок складався з 8 окремих запитань і стосувався різних типів болю. Оцінка результатів першого блоку питань пацієнток основної групи показала високу поширеність больового синдрому під час різних форм ендометріозу. Найчастішим симптомом був предменструальний біль, який спостерігали у 30 (60 %) жінок. У більшості випадків він був легкий (34 %) або помірний (20%), що може свідчити про помірну інтенсивність

клінічних проявів для цієї категорії пацієнок. Дисменорею простежили у 44 (88 %) жінок, з переважанням помірного болю (48 %), що узгоджується з клінічною картиною ендометріозу в пацієнок репродуктивного віку. Щодо нерегулярного тазового болю, його наявність відзначили у 35 (70 %) пацієнок, з яких переважна частина також описувала легкі або помірні симптоми (40 % та 24 % відповідно). Найвищі показники помірного болю виявили під час диспареунії, яку

відзначали 29 (58 %) жінок. Це свідчить про її суттєвий вплив на якість життя. Незважаючи на те, що нестерпний біль спостерігали рідше (3–10 % залежно від типу симптому), його наявність при всіх формах болю вказує на потребу в диференційованому підході до діагностики й терапії больового синдрому під час ендометріозу.

Деталізований розподіл типів та інтенсивності болю наведено на рис 1.

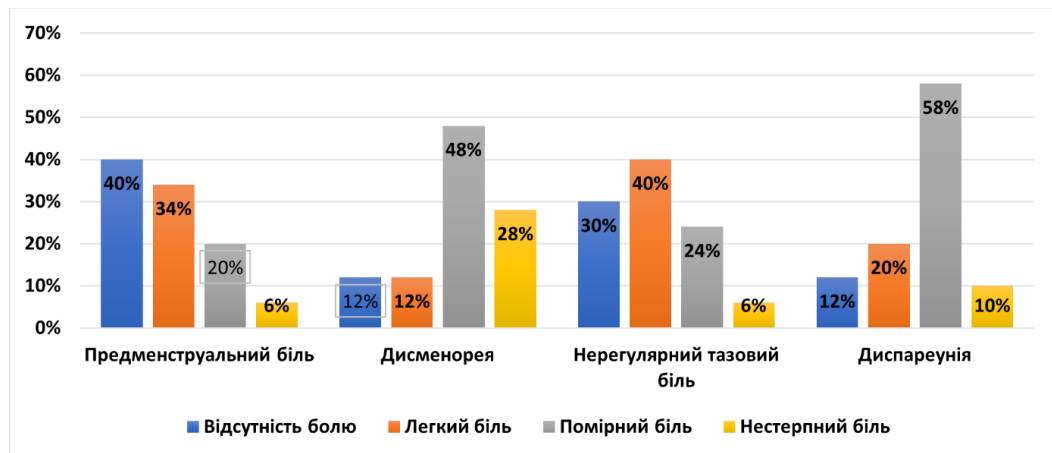


Рис. 1. Характеристика болю при ендометріозі пацієнок основної групи дослідження (1-4 питання)

У пацієнок основної групи з ендометріозом найчастіше відзначали больові відчуття в поперековій ділянці під час менструальних виділень – понад 60% обстежених. Порушення акту дефекації та симптоми з боку сечовидільної системи траплялися рідше, проте у

частини жінок супроводжувалися болем різної інтенсивності, зокрема легкий біль під час сечовипускання спостерігали у 12 (24%) пацієнок. Узагальнений розподіл видів больового синдрому та його інтенсивності подано на рис 2.

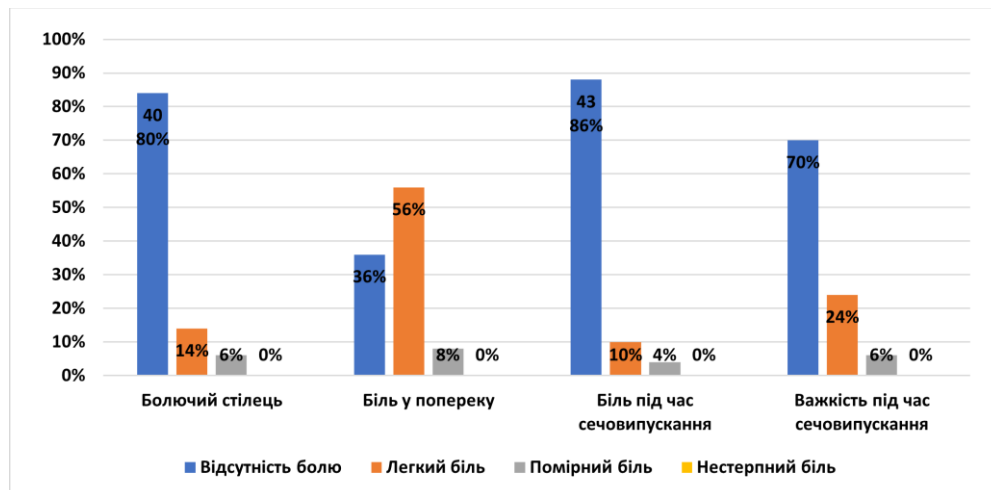


Рис. 2. Характеристика болю при ендометріозі пацієнок основної групи дослідження (5-8 питання)

Кров'янисті виділення темно-коричневого характеру в міжменструальний період спостерігали у 48 (96 %) пацієнок основної групи дослідження.

За даними проведеного опитування у групі порівняння було виявлено, що предменструальний біль відзначали 16 (32 %) пацієнок, переважали скарги на легкий предменструальний біль 16 (32 %), помірний та нестерпний біль не спостерігався. Варто зазначити, що скарги на болючі менструації було виявлено у 21 (42 %) пацієнтки. Частка проявів диспареунії у пацієнок групи порівняння склала 42%. Деталізований розподіл

типів та інтенсивності болю пацієнок групи порівняння наведено на рис 3.

Порушень функцій сечового міхура (біль під час сечовипускання та відчуття важкості сечовипускання), а також порушень функцій роботи кишечника (болючий стілець під час менструації) за даними проведеного анкетування не виявлено.

Другий блок запитань стосувався оцінки функціональних особливостей кишечника й сечового міхура на основі отриманих клініко-анамнестичних даних. Цей блок вміщує 5 питань, оцінка проводилась відносно ступеня прояву симптомів.

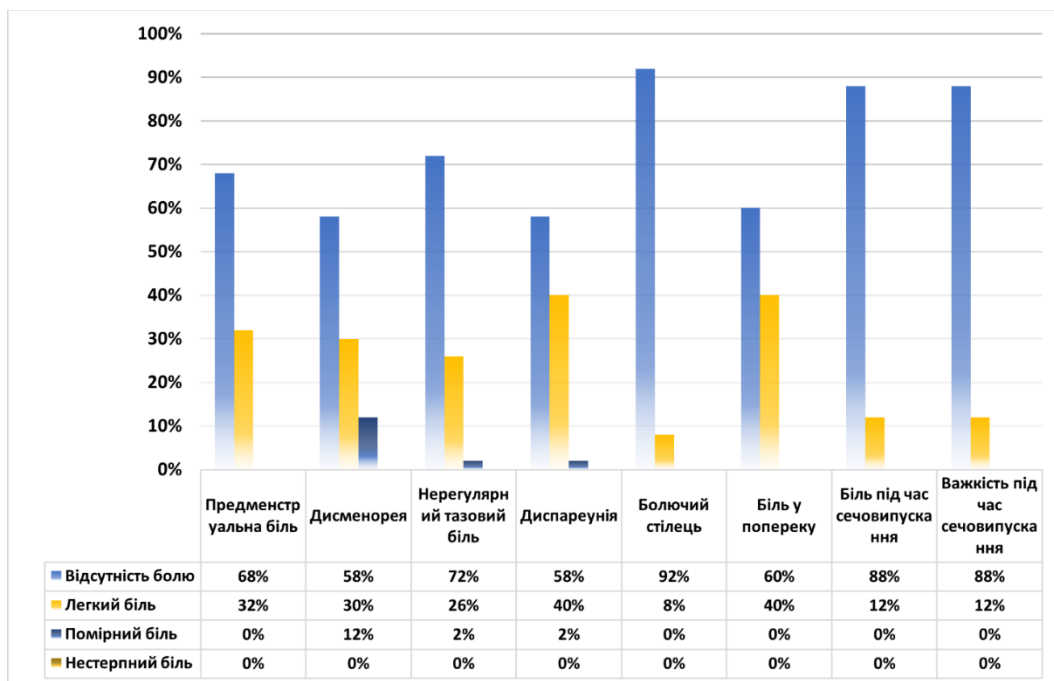


Рис. 3. Характеристика тазового болю пацієнок групи порівняння

Під час оцінювання запитань другого блоку нами було виявлено, що в основній групі переважали наступні функціональні порушення: закрепи були у 31 (62 %) випадку, де дуже рідко наявність закреплів відмічали у 17 (34 %) та дуже часто – у 14 (28 %) жінок; відчуття неповного спорожнення кишечника виявили у 13 (26 %) пацієнок, де дуже рідко становила 10 (20 %) жінок та дуже часто – 3 (6 %) особи. Варто зазначити, що в основній і порівняльній групах нами не було виявлено наявності крові у калі та крові у сечі під час менструальних виділень, що свідчить про здатність ендометріозу проникати у м'язовий шар кишечника і сечового міхура, залучати навколишні структури без ураження слизової оболонки кишечника та сечового міхура. Водночас прогностичну значущість вище перерахованих симптомів не слід недооцінювати, оскільки наявність крові у калі та сечі може вимагати диференційної діагностики з метою виключення супутньої патології. Відчуття неповного спорожнення сечового міхура спостерігали у 22 (44 %) пацієнок, де дуже рідко – у 18 (36 %) та дуже часто – у 4 (8 %) осіб. Під час оцінювання результатів анкетування обстежених групи порівняння нами не було встановлено наявності прожилків крові у калі та сечі пацієнок. У 9 (18 %) жінок групи порівняння виявили відчуття неповного спорожнення кишечника та у 7 (14 %) осіб відмічали відчуття неповного спорожнення сечового міхура, наявність закреплів спостерігали у 5 (10 %) жінок.

Під час оцінки третього блоку запитань, який стосувався медичної терапії, нами було виявлено, що прийом комбінованих оральних контрацептивів, як метод терапії, спрямований на полегшення клінічних проявів ендометріозу, отримували 39 (78 %) пацієнок основної групи і 13 (26 %) обстежених групи порівняння, але позитивного ефекту від прийому препаратів не було.

Четвертий блок запитань стосувався оцінки репродуктивної функції. Нами було встановлено, що 44 (88 %) пацієнтки основної групи страждали

непліддям і впродовж останніх трьох років намагалися завагітніти, але без позитивного результату. Серед них 33 (74 %) пацієнтки страждали на первинне непліддя й 11 (14 %) – на вторинне непліддя. У групі порівняння було виявлено наявність непліддя у 40 (80 %) пацієнок, первинне непліддя спостерігали у 29 (73 %) та вторинне непліддя – у 11 (27 %) жінок.

Під час оцінки п'ятого блоку запитань, питання якого стосувалися застосування протизапальної та знеболювальної терапії, нами було встановлено, що прийому анагетиків з метою знеболення потребували 16 (32 %) пацієнок основної групи та 4 (8 %) особи групи порівняння, нестероїдні протизапальні препарати використовували 22 (44 %) пацієнтки основної групи та 6 (12 %) пацієнок групи порівняння.

У шостому блоці запитань нами було досліджено наявність раніше перенесених оперативних втручання щодо ендометріозу та оперативних втручання на яєчниках. Встановлено, що до моменту включення в дослідження та проведення оперативного втручання пацієнтки як основної, так і групи порівняння не мали в анамнезі подібних операцій. Тобто отриманні відповіді відображають стан до виконаної під час дослідження процедури і не враховують її результати.

Оцінка додаткових блоків запитань стосувалась впливу на якість життя та загальне самопочуття, клінічних проявів ендометріозу. Пацієнткам пропонували намалювати лінію на шкалі від 1 до 100 відповідно до власних відчуттів. Слід зазначити, що результати оцінки відображаються у середніх значеннях для основної та порівняльної груп і складають 65 % та 87 % відповідно. Оцінка додаткових запитань відносно загального стану здоров'я пацієнок основної групи показала, що порушення звичайної діяльності відмічали 12 (24 %) пацієнок, біль чи дискомфорт – у 29 (58 %), де 27 (54 %) пацієнок вказували на помірний біль та 2 (4 %) особи – на сильний біль, відчуття тривоги чи депресію спостерігали у 25 (50 %) пацієнок. Жодна пацієнтка не вказала проблем щодо

самообслуговування на момент проходження анкетування.

На основі результатів статистичної обробки методом визначення χ -критерію Пірсона встановлено, що всі клінічні симптоми, які оцінювалися в анкетуванні, достовірно частіше виявлялися в пацієнтці основної групи, ніж у групі порівняння. Різниця між групами була статистично значущою ($p < 0,05$) за всіма наступними показниками: предменструальний біль ($\chi = 6,80$; $p = 0,0091$), менструальний біль (дисменорея) ($\chi = 21,27$; $p < 0,0001$), нерегулярний тазовий біль ($\chi = 16,01$; $p = 0,0001$), біль під час статевого життя (диспареунія) ($\chi = 21,27$; $p < 0,0001$), болючий стілець під час менструацій ($\chi = 9,00$; $p = 0,0027$), біль у поперековій ділянці ($\chi = 4,85$; $p = 0,0277$), біль у сечовому міхурі ($\chi = 5,53$; $p = 0,0187$), важкість при сечовипусканні ($\chi = 15,37$; $p = 0,0001$), міжменструальні кров'яністі виділення ($\chi = 70,81$; $p < 0,0001$).

Отримані результати демонструють статистично значущі відмінності у вираженні клінічних симптомів між пацієнтками основної групи та групи порівняння, що підтверджує чутливість і діагностичну цінність запропонованої анкети. На відміну від більшості існуючих шкал оцінки тазового болю, які фокусуються здебільшого на інтенсивності болю (наприклад, за допомогою візуально-аналогової шкали або шкали больових балів), запропонована анкета має комплексний характер. Вона охоплює не лише суб'єктивну оцінку інтенсивності болю, а й специфіку больових проявів (дисменорея, диспареунія, біль під час дефекації, біль під час сечовипускання, хронічний тазовий біль), їх зв'язок з менструальним циклом, а також супутні симптоми (міжменструальні кров'яністі виділення, порушення менструального циклу, інші вегетативні чи системні прояви).

Обговорення результатів. Таким чином, запропонована анкета дозволяє виявляти ширший спектр симптомів, характерних для ендометріозу, і підвищує ймовірність виявлення цього захворювання на ранніх етапах. Важливо також відзначити, що анкета враховує як частоту, так і регулярність появи симптомів, що дає змогу оцінити клінічну картину в динаміці, а не лише в один момент часу. У порівнянні з окремими шкалами, такими як VAS (Visual Analogue Scale) чи NRS (Numeric Rating Scale), що фокусуються переважно на інтенсивності болю, розроблена анкета додатково враховує регулярність, циклічність і спектр клінічних проявів (дисменорея, хронічний тазовий біль, міжменструальні кров'яністі виділення, супутні вегетативні симптоми). Це дозволяє отримати більш цілісну клінічну картину та покращити можливість до глибшої клінічної стратифікації пацієнток.

У порівнянні з опитувальником ENP-30 (Endometriosis Health Profile), який широко використовується для оцінки якості життя, наша анкета виявилася більш придатною для раннього скринінгу, адже не потребує тривалого заповнення, але при цьому охоплює ключові клінічні показники, підтверджені в міжнародних рекомендаціях [9 - 11].

На відміну від існуючих інструментів, що оцінюють окремі аспекти ендометріозу, запропонована анкета синтезує ключові підходи, описані в попередніх дослідженнях, об'єднуючи найцінніші елементи шкал болю (VAS, NRS) та опитувальників якості

життя (HER-30). Така інтеграція дозволяє не лише відтворити переваги цих методик, але й розширити їх, забезпечивши більш комплексну та практичну оцінку клінічних проявів захворювання.

Таким чином, результати дослідження підтверджують доцільність використання цієї анкети, як додаткового інструмента первинного скринінгу при підозрі на ендометріоз, з перспективою подальшого клінічного застосування для раннього виявлення пацієнток з високим ризиком цього захворювання.

Висновки. Проаналізувавши отримані результати анкетування можна зробити такі висновки:

1. У хворих на ендометріоз провідним симптомом був біль: предменструальний (60 %), дисменорея (88 %), хронічний тазовий біль (70 %), диспареунія (88 %), біль у попереку (64 %). Міжменструальні кров'яністі виділення виявлено у 96 % пацієнток. Це підкреслює діагностичну цінність анкетування у виявленні характерних клінічних проявів, які часто залишаються недооціненими під час звичайного огляду.

2. Анкетування дозволило звернути увагу на приховану симптоматику глибоких форм ендометріозу, що може бути недоступною для рутинної діагностики. Функціональні порушення з боку ШКТ спостерігали у значної частини пацієнток: закрепи (34 %), неповне спорожнення кишечника (26 %) при відсутності ознак ураження слизової.

3. Попереднє медикаментозне лікування (КОК) не дало очікуваного ефекту в 78 % пацієнток, біль і психоемоційні розлади зберігалися. Це вказує на обмеження стандартної терапії і доводить цінність анкетування для оцінки ефективності лікування в амбулаторних умовах.

4. Анкетування чітко демонструє вплив ендометріозу на якість життя, що підкреслює потребу в мультидисциплінарному підході до лікування. Половина пацієнток повідомила про психоматичні порушення: біль/дискомфорт (58 %), зниження повсякденної активності (24 %).

Перспективи подальших досліджень полягають в інтеграції анкетних даних із клінічними та лабораторними показниками, що дозволить більш точно оцінювати взаємозв'язок між суб'єктивними симптомами і об'єктивними ознаками захворювання.

Конфлікт інтересів: відсутній.

References:

- Nowak I, Bochen P. The antigen-processing pathway via major histocompatibility complex I as a new perspective in the diagnosis and treatment of endometriosis. Arch Immunol Ther Exp (Warsz). 2024 Mar 13; 72(1). DOI: 10.2478/aite-2024-0008
- Ellis K, Munro D, Clarke J. Endometriosis is undervalued: a call to action. Front Glob Womens Health. 2022; 3:902371. DOI: 10.3389/fgwh.2022.902371
- Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. N Engl J Med. 2020;382(13):1244-1256. doi:10.1056/NEJMra1810764
- Moradi Y, Shams-Beyranvand M, Khateri S, Gharahjeh S, Tehrani S, Varse F, et al. A systematic review on the prevalence of endometriosis in women. Indian J Med Res. 2021; 154(3):446-454. DOI: 10.4103/ijmr.IJMR_817_18

5. Tennfjord MK, Gabrielsen R, Tellum T. Effect of physical activity and exercise on endometriosis-associated symptoms: a systematic review. *BMC Womens Health*. 2021; 21(1):355. DOI: 10.1186/s12905-021-01500-4
6. De Corte P, Klinghardt M, von Stockum S, Heinemann K. Time to diagnose endometriosis: current status, challenges and regional characteristics—A systematic literature review. *BJOG*. 2024. DOI: 10.1111/1471-0528.17973
7. Frayne J, Milroy T, Simonis M, Lam A. Challenges in diagnosing and managing endometriosis in general practice: a Western Australian qualitative study. *Aust J Gen Pract*. 2023; 52(8):547-555. DOI: 10.31128/AJGP-10-22-6579
8. Swift B, Taneri B, Becker CM, Basarir H, Naci H, Missmer SA, et al. Prevalence, diagnostic delay and economic burden of endometriosis and its impact on quality of life: results from an Eastern Mediterranean population. *Eur J Public Health*. 2024; 34(2):244-252. DOI: 10.1093/eurpub/ckad216
9. European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Guideline: Endometriosis. Issued 2 Feb 2022. ESHRE; 2022.
10. Jones GL, Kennedy S, Barnard A, Wong J, Jenkinson C. Development of an endometriosis quality-of-life instrument: the Endometriosis Health Profile-30. *Obstet Gynecol*. 2001;98(2):258–64.
11. Jones G, Budds K, Taylor F, Musson D, Raymer J, Churchman D, et al. A systematic review to determine use of the Endometriosis Health Profiles to measure quality-of-life outcomes in women with endometriosis. *Hum Reprod Update*. 2024;30(2):186-214.

UDC 618.145-007.415-07-08-039.76

CLINICAL SIGNIFICANCE OF A QUESTIONNAIRE FOR ASSESSING PELVIC PAIN IN PATIENTS WITH ENDOMETRIOSIS

T.V. Skapchuk

*Bukovyna State Medical University, Department of
Obstetrics and Gynecology, Chernivtsi, Ukraine
ORCID ID: 0009-0007-5800-4396,
Scopus ID: 59485498800
e-mail: taras.skap4yk@gmail.com*

Abstract. Endometriosis is a common, chronic disease of women of reproductive age, characterized by the presence of endometrial-like epithelium and/or stroma outside the endometrium, usually with an associated inflammatory component. Among the main clinical symptoms of endometriosis, dysmenorrhea, dyspareunia, chronic pelvic pain, heavy menstrual bleeding, and infertility can be distinguished.

The aim of the work was to assess the risk factors for the occurrence, frequency, and nature of clinical manifestations in patients with endometriosis, based on a developed questionnaire for assessing pelvic pain.

The study was based on the analysis of questionnaires for assessing pelvic pain, the total number of subjects was 100, who were divided into two clinical groups: the main group (50 women), which consisted of patients with endometriosis who had clinical manifestations of endometriosis, the control group consisted of 50 healthy women without manifestations of endometriosis, clinical and paraclinical indicators that served as a control for comparing the data of the paraclinical examination of patients in the main observation group. During the initial examination, each patient, both in the control and main groups, who agreed to participate in the study, filled out a questionnaire for assessing pelvic pain. The pelvic pain assessment questionnaire was divided into 6 main blocks, which included an assessment of the clinical manifestations of endometriosis 6 months before the initial examination, which included: general questions about pelvic pain, information about bowel and bladder function, medical therapy, assessment of reproductive function, surgical interventions for endometriosis. Also, this questionnaire included 2 additional blocks of questions that described the state of health at the time of the initial examination.

The pelvic pain assessment questionnaire is an effective patient-centered tool for assessing the clinical manifestations of endometriosis, choosing the optimal management tactics for patients with endometriosis. A combined estimate of the prevalence of endometriosis, regardless of clinical symptoms, stage of the disease, form of endometriosis, diagnostic method, continent, showed that the prevalence of endometriosis is about 18%. The study of endometriosis has been of interest to researchers for more than one decade. Despite significant interest, the difficulties of making a primary diagnosis are associated with the lack of universal diagnostic criteria and a rather diverse symptomatology. Among the main clinical symptoms of endometriosis, dysmenorrhea, dyspareunia, chronic pelvic pain, heavy menstrual bleeding, infertility can be distinguished. Other conditions associated with endometriosis may include irritable bowel syndrome, irregular pelvic pain, migraine, low back pain, bladder disorders, significantly affecting the general physical, mental and social condition. In some cases, the disease may be asymptomatic, and an average of 8 years are required to diagnose endometriosis. The above factors contribute to the delay between the onset of initial symptoms and the initial diagnosis, which ultimately significantly impairs the effectiveness of treatment.

Keywords: endometriosis, women of reproductive age, diagnostics, treatment, reproductive health, chronic pelvic pain.

Conflict of interest: absent.

Стаття надійшла в редакцію 15.03.2025 р.
Стаття прийнята до друку 19.08.2025 р.