

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Гацура Я. Н.

Гродненский государственный медицинский университет
Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Хворик Н. В.

Актуальность. Генитальный эндометриоз диагностируется у 5–10% женщин репродуктивного возраста и занимает одно из ведущих мест в структуре причин хронической тазовой боли и бесплодия. Основная трудность своевременного выявления заболевания обусловлена разнообразием и неспецифичностью его клинических проявлений: от бессимптомного течения до выраженного болевого синдрома, значительно снижающего качество жизни пациенток [1-2].

Цель. Оценить клинические проявления эндометриоза в репродуктивном возрасте.

Методы исследования. Ретроспективный анализ случаев генитального эндометриоза у женщин репродуктивного возраста.

Результаты и их обсуждение. Нами было обследовано 60 пациенток с генитальным эндометриозом, средний возраст которых составил $35,6 \pm 7,8$ года. Болевой синдром различной интенсивности и локализации является доминирующим клиническим проявлением и отмечен у $75,0 \pm 5,6\%$ обследованных женщин. При этом у большинства пациенток $66,7 \pm 3,2\%$ интенсивность болей оценивалась как лёгкая, тогда как выраженный болевой синдром наблюдался у $16,7 \pm 4,8\%$. Дисменорея зарегистрирована у $25,0 \pm 5,6\%$, диспареуния – $6,7 \pm 3,2\%$. Среди нарушений менструальной функции преобладали «шоколадные» выделения из половых путей до, после менструации в $16,7 \pm 4,8\%$ случаев, а обильные менструации отмечались в $10,0 \pm 3,9\%$. Бесплодие как первичное, так и вторичное являлось основной жалобой и отмечалось у $20,0 \pm 5,2\%$ обследованных женщин. Наиболее частым сочетанием симптомов являлось наличие болевого синдрома с мажущими межменструальными выделениями $11,7 \pm 4,1\%$. Сочетание болевого синдрома с бесплодием наблюдалось у $6,7 \pm 3,2\%$, болевого синдрома и обильных менструаций у $5,0 \pm 2,8\%$. Современные научные исследования подтверждают, что генитальный эндометриоз характеризуется высокой частотой болевого синдрома и нарушений репродуктивной функции. Согласно данным ретроспективных исследований, наиболее распространёнными клиническими проявлениями заболевания являются тазовые боли (до 85% случаев) [1], дисменорея (78%) [2] и бесплодие (42%) [1].

Выводы. Полученные данные подтверждают, что болевой синдром является ведущим клиническим проявлением генитального эндометриоза, однако его интенсивность варьирует. Относительно невысокий процент тяжёлых болевых форм и преобладание пациенток с лёгкой степенью болевых ощущений

может свидетельствовать о доминировании в выборке начальных или поверхностных форм заболевания. Выявленная частота бесплодия согласуется с общемировыми данными о влиянии эндометриоза на репродуктивный потенциал.

ЛИТЕРАТУРА

1. The Evil Twins of Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis on Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome and Endometriosis / C. Allaire, M. Barba, C. Costa [et al.] // Healthcare. – 2024. – Vol. 12, № 23. – Art. 2403.
2. Kathrada, F. Global variability in the clinical presentation of endometriosis: A scoping review / F. Kathrada, A. Van Eyk, L. Chauke // Women Health. – 2025. – Vol. 65, № 10. – P. 871–882.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ УГЛЕВОЛОКНИСТОГО СОРБЕНТА «КАРБОПОН-В-АКТИВ» В ЛЕЧЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ГНОЙНЫХ РАН

Глизнуца А. С., Янковская Е. А.

Гродненский государственный медицинский университет
Научный руководитель: канд. мед. наук Ославский А. И.

Актуальность. Углеволокнистые сорбенты ценятся за высокую сорбцию, доступность и антибактериальные свойства [1].

Цель. Оценка антибактериальной активности сорбента «Карбопон-В-Актив» (УВС).

Методы исследования. На 72 крысах (самцы, 200–250 г, 6 мес.) моделировали раны по методу Гинюка (2010) с контаминацией *S. aureus* и *E. coli* (2 мл, 10^9 КОЕ/мл). Стерилизация автоклавированием. Группы (n=24): контроль – марлевый бинт (ГОСТ 1172-93), опыт-1 – УВС, опыт-2 – УВС + слой «Грифтекс». Перевязки – с 48 ч, ежедневно. Бактерицидность оценивали на 3, 7, 14, 21 сутки по смывам (0,2 мл физраствора) и биоптатам дна раны. ОМЧ определяли методом разведений в мясопептонном бульоне, данные обработаны в Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение. Смывы: в контроле к 3 суткам – lg=9, спад с 7 суток (lg=8) до lg=4 к 21 суткам. В опыте – снижение с 3 суток (lg=6–7) до lg=2 к 21 суткам ($p<0,05$ к контролю). Разницы между Опыт-1 и Опыт-2 нет. Биоптаты: в контроле пик на 3 сутки (lg=11), спад до lg=6 к 21 суткам. В опыте прироста нет: на 3 сутки lg=9–9,5, к 7 – lg=5, к 21 – lg=2 ($p<0,05$ к контролю). Межгрупповых различий нет.

Выводы. УВС «Карбопон-В-Актив» (чистый и с «Грифтексом») значительно снижает микробную обсемененность гнойных ран, ускоряя заживление.