

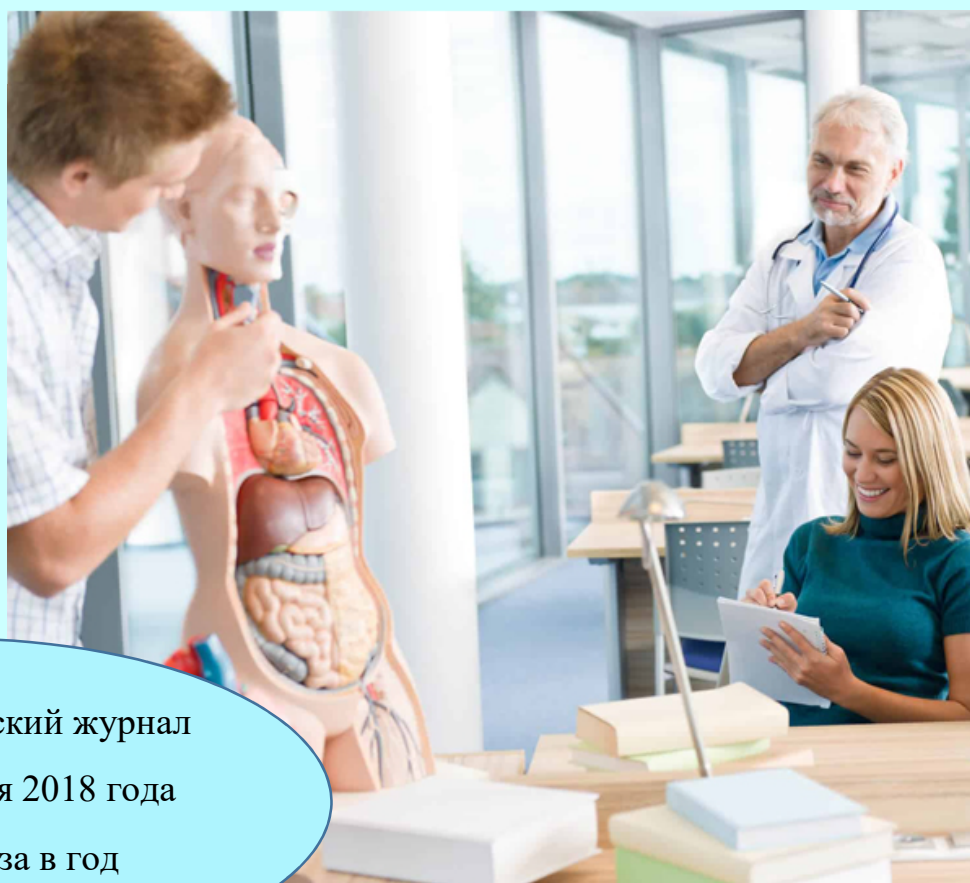


Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ СЕГОДНЯ

2 (30). 2025

ISSN 2686-7745



Научно-практический журнал

Издается с января 2018 года

Выходит 4 раза в год

Киров, 2025

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Kirov State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

MEDICAL EDUCATION TODAY
2 (30). 2025

Scientific and practical journal
Published since January 2018
Issued 4 times a year

Kirov, 2025

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ СЕГОДНЯ
Научно-практический журнал

Главный редактор журнала - ректор ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор Л.М. Железнов.

Заместители главного редактора:

- профессор, д.м.н. М.П. Разин;
- доцент, к.м.н. Е.Н. Касаткин.

Ответственный секретарь – доцент Е.К. Черанёва

Члены редакционной коллегии: профессор, д.м.н. А.Л. Бондаренко; профессор, д.м.н. С.А. Дворянский; профессор, д.м.н. Я.Ю. Иллек; профессор, д.м.н. А.Г. Кисличко; профессор, д.м.н. П.И. Цапок; профессор, д.м.н. Б.А. Петров; профессор, д.м.н. В.А. Бахтин; профессор, д.м.н. М.В. Злоказова; доцент, д.м.н. Н.С. Федоровская; доцент, к.ф.н. А.Е. Михайлов.

Члены редакционного совета:

профессор С.В. Кошкин (г. Киров); профессор А.Е. Мальцев (г. Киров); профессор Н.С. Стрелков (г. Ижевск); профессор В.Б. Помелов (г. Киров); профессор д.м.н. М.А. Аксельров (г. Тюмень); профессор И.В. Мирошниченко (г. Оренбург); доцент Н.С. Семенов (г. Киров); профессор А.М. Шамсиев (г. Самарканд, Узбекистан); профессор Ш.А. Юсупов (г. Самарканд, Узбекистан); доцент Л.Н. Шамова (г. Киров); профессор Е.Н. Чичерина (г. Киров); профессор О.В. Соловьев (г. Киров); профессор А.П. Спицин (г. Киров); профессор Н.А. Цап (г. Екатеринбург); профессор В.И. Аверин (г. Минск, Беларусь), доцент А.М. Зиганшин (г. Уфа), доцент О.С. Налётова (г. Донецк).

Редакция журнала:

Технический секретарь: доцент Н.В. Винокурова;
Литературный редактор: Н.Л. Никулина;
Переводчик: доцент И.Г. Суетина.

Учредитель: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России).

Журнал включен в Российский индекс научного цитирования www.elibrary.ru

С правилами для авторов журнала «Медицинское образование сегодня» можно ознакомиться на сайте: <http://medobrtoday.ru>

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор) 31.08.2018 г., номер регистрации ЭЛ № ФС 77-73582

Адрес редакции: 610027, г. Киров, ул. Карла Маркса, 137, оф. 304.

Тел.: (8332) 37-30-10; Факс: (8332) 37-30-10.

Электронная почта: kf29@kirovgma.ru

Сетевая версия журнала в Интернете: <http://medobrtoday.ru>

© ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

СОДЕРЖАНИЕ

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Разин М.П., Лапшин В.И., Моисеева А.Н., Мурсаметова А.С., Юсупов Ш.А., Батуров М.А., Скобелев В.А., Смирнов А.В.

Осложнения острого аппендицита в детской практике.....5

Соловьев А.Е., Яшина Н.Н., Фурсов Р.А.

Уретра у здоровых девочек и при вестибулярной гипоспадии 11

Батуров М.А., Юсупов Ш.А., Махнева В.А., Скобелев В.А., Сулейманова А.А., Польский И.С., Разин М.П., Аксельров Е.М.

Инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей..... 16

Соловьев А.Е.

Хирургическое лечение

субсимфизарной (субтотальной) эписпадии у девочек..... 22

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОЛОГИЯ И ГИГИЕНА ЧЕЛОВЕКА, ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Белоусова Е.В., Кущева Е.П., Белоусов П.Е., Рулин Е.Н., Карасев М.М., Киселева В.А., Белоусова О.В., Помазанов В.В., Белоусов Е.А.

Лекарственные препараты от головной боли на фармацевтическом рынке 28

Белоусова Е.В., Рулин Е.Н., Кущева Е.П., Белоусов П.Е., Карасев М.М., Киселева В.А., Белоусова О.В., Помазанов В.В., Белоусов Е.А.

Маркетинговое исследование ассортимента антисептических средств 33

ПСИХОЛОГИЯ И ПЕДАГОГИКА

Комина К.А., Попова А.С., Григорович М.С.

Оценка осведомленности о проблеме цистита среди студенток медицинского и гуманитарного вузов..... 40

УДК: 616.381-002-053.2-072.1

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ

¹Разин М.П., ¹Лапшин В.И., ¹Моисеева А.Н., ¹Мурсаметова А.С., ²Юсупов Ш.А.,
¹Батуров М.А., ¹Скобелев В.А., ¹Смирнов А.В.

¹ *ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, улица К. Маркса, 112), e-mail: kf12@kirovgma.ru*

² *Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Республика Узбекистан (г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18)*

Резюме. Острый аппендицит – одно из наиболее частых заболеваний брюшной полости, требующих экстренного оперативного лечения. Ретроспективное исследование проведено на базе хирургического отделения Кировской областной детской клинической больницы, где были пролечены 242 пациента с диагнозом «острый аппендицит» с 2021 по 2023 годы, изучались возраст, диагноз, срок от начала заболевания до операции, срок от госпитализации до операции, наличие и характер осложнения, антибиотикотерапия. Дооперационные осложнения составили 58,5% и свидетельствуют о поздней диагностике заболевания (поздняя обращаемость). Послеоперационные осложнения развивались в 21,5% случаев, чаще встречался послеоперационный инфильтрат брюшной полости. Выявлена прямая зависимость количества осложнений от времени начала заболевания до операции (при увеличении срока количество осложнений увеличивалось). Вместе с тем, частота осложнений не коррелировала со временем нахождения в стационаре до операции (проведением предоперационной подготовки). Среди послеоперационных осложнений у детей, прооперированных позднее 7 часов нахождения в стационаре, чуть чаще по сравнению с детьми, прооперированными в срок менее 7 часов, встречались оментит, мезаденит, ранняя спаечная кишечная непроходимость. Выявленные закономерности могут быть использованы для оптимизации лечебных мероприятий у детей с осложненным острым аппендицитом.

Ключевые слова: острый аппендицит, осложнения, диагностика, оперативное лечение, дети.

COMPLICATIONS OF ACUTE APPENDICITIS IN PEDIATRIC PATIENTS

¹Razin M.P., ¹Lapshin V.I., ¹Moiseeva A.N., ¹Mursametova A.S., ²Yusupov Sh.A.,
¹Baturov M.A., ¹Skobelev V.A., ¹Smirnov A.V.

¹ *Kirov State Medical University, Kirov, Russian Federation, 610027, Russia, Kirov region, Kirov, 112, K. Marx Str., e-mail: kf12@kirovgma.ru*

² *Samarkand State Medical University, Samarkand, Republic of Uzbekistan (Samarkand, 18, Amir Temur Str.,)*

Abstract. Acute appendicitis is the most common abdominal emergency requiring surgical treatment. A retrospective study was conducted at the department of surgery of Kirov Regional Children's Clinical Hospital, where 242 patients diagnosed with acute appendicitis were treated during the period from 2021 to 2023. The patient's age, diagnosis, time interval from the onset of the disease to surgery, time interval from hospitalization to surgery, presence and type of complications, and antibiotic therapy were analyzed. Preoperative complications account for 58.5% and result from delayed diagnosis and, therefore, a late referral to the hospital. Postoperative complications occur in 21.5% of cases; an appendicular lump is the most common among them. A direct association between the number of complications and the time interval from the onset of the disease to surgery has been revealed. The longer this time period is, the more complications are. However, the frequency of complications do not correlate with the length of preoperative hospital stay (preoperative preparation). Children operated on after 7 hours of hospital stay were more often affected by omentitis, mesenteric adenitis, early adhesive intestinal obstruction than those operated on in less than 7 hours. The results obtained can be used to improve treatment in children with complicated acute appendicitis.

Keywords: acute appendicitis, complications, diagnostics, surgery, children.

Введение

Острый аппендицит (ОА) – острое воспаление червеобразного отростка слепой кишки (классифицируется по МКБ-10 в рубрике K.35), одно из наиболее частых заболеваний брюшной полости, требующих экстренного оперативного лечения. В детском возрасте ОА развивается быстрее, а деструктивные изменения в отростке, приводящие к аппендикулярному перитониту, возникают значительно чаще, чем у взрослых. Эти закономерности наиболее выражены у детей первых лет жизни, что обусловлено анатомо-физиологическими особенностями детского организма, влияющими на характер клинической картины заболевания и в некоторых случаях требующими особого подхода к решению тактических и лечебных задач [1]. ОА может возникнуть в любом возрасте, включая новорожденных, однако преимущественно наблюдается в возрасте после 7 лет, у детей до 3 лет частота его возникновения не превышает 8%. Пик заболеваемости приходится на возраст 9-12 лет. Общая заболеваемость аппендицитом составляет от 3 до 6 на 1000 детей. Девочки и мальчики болеют одинаково часто [1-3].

Цель работы: определить современный нозологический спектр осложнений ОА и

зависимость их количества от сроков с начала заболевания и длительности предоперационной подготовки.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование на базе хирургического отделения КОГБУЗ «Кировская областная детская клиническая больница» г. Кирова (Российская Федерация). Критериями включения в исследования были возраст детей до 18 лет и наличие диагноза острый аппендицит. Критерий исключения – проведение операции в других стационарах. Проводился анализ данных пациентов, пребывавших в стационаре с диагнозом «острый аппендицит» с 2021 по 2023 годы: возраст, диагноз, срок от начала заболевания до операции, срок от госпитализации до операции, наличие и характер осложнения, антибиотикотерапия.

Выборка исследования была сформирована на базе данных хирургического отделения КОГБУЗ «Кировская областная детская клиническая больница» г. Кирова (Российская Федерация). Размер выборки предварительно не рассчитывался. Для статистического анализа данных использовалась программа Excel 2410, применялся графический метод – построение диаграмм.

Основное содержание

В ходе исследования оценивались пациенты с острым катаральным, флегмонозным, гангренозным, гангренозно-перфоративным аппендицитом. Общая выборка составила 242 ребенка. Среди осложнений наблюдались абсцессы брюшной полости (периаппендикулярный, подпеченный, надапоневротический), киста сальника, оментит, местный отграниченный перитонит, распространенный диффузный перитонит, распространенный разлитой перитонит, послеоперационный инфильтрат брюшной полости (ИБП), ранняя спаечная кишечная непроходимость (СКН), парез кишечника, мезаденит, расхождение краев послеоперационных ран (ПОР), серома ПОР. Частота встречаемости осложнений представлена в таблице 1.

Таблица 1

Частота встречаемости до- и послеоперационных осложнений ОА у детей

Виды осложнений	Осложнение	Процент среди всех осложнений
Дооперационные осложнения острого аппендицита (58,5%)	Периаппендикулярный абсцесс	13,1
	Местный отграниченный перитонит	34,7
	Распространенный диффузный перитонит	0,7
	Распространенный разлитой перитонит	10,0
Послеоперационные осложнения (40,4%) [21,5%]	Подпеченочный абсцесс	0,3
	Надапоневротический абсцесс	0,3
	<i>Киста сальника</i>	0,3
	Парез кишечника	0,3
	<i>Оментит</i>	17,2
	Послеоперационный инфильтрат брюшной полости	16,2
	Ранняя спаечная кишечная непроходимость	1,7
	Расхождение краев послеоперационных ран	1,0
	Абсцедирующий инфильтрат брюшной полости	1,0
	<i>Мезаденит</i>	1,4
	Серома послеоперационной раны	0,7

Общее количество осложнений составляет 289, при этом у одного пациента могло быть от 1 до 3 осложнений. Наличие дооперационных осложнений свидетельствует о поздней диагностике заболевания, что напрямую связано с поздней обращаемостью, которая имела место более чем в половине случаев (58,5%). Из группы послеоперационных осложнений, фигурирующих в медицинской документации, особняком стоят такие (*выделены курсивом*), как оментит и мезаденит. Наличие этих состояний в послеоперационном периоде говорит скорее о течении воспалительного заболевания, не требует

изменения тактики лечения (только пролонгации антибиотикотерапии). Выявление кисты большого сальника по УЗИ в послеоперационном периоде логичнее отнести к диагностической находке [4-6]. Без этих пунктов удельный вес послеоперационных осложнений лечения острого аппендицита у детей составит 21,5%. Реже всех встречались подпеченочные и надапоневротические абсцессы, парез кишечника, среди же самых распространенных отмечался послеоперационный инфильтрат брюшной полости.

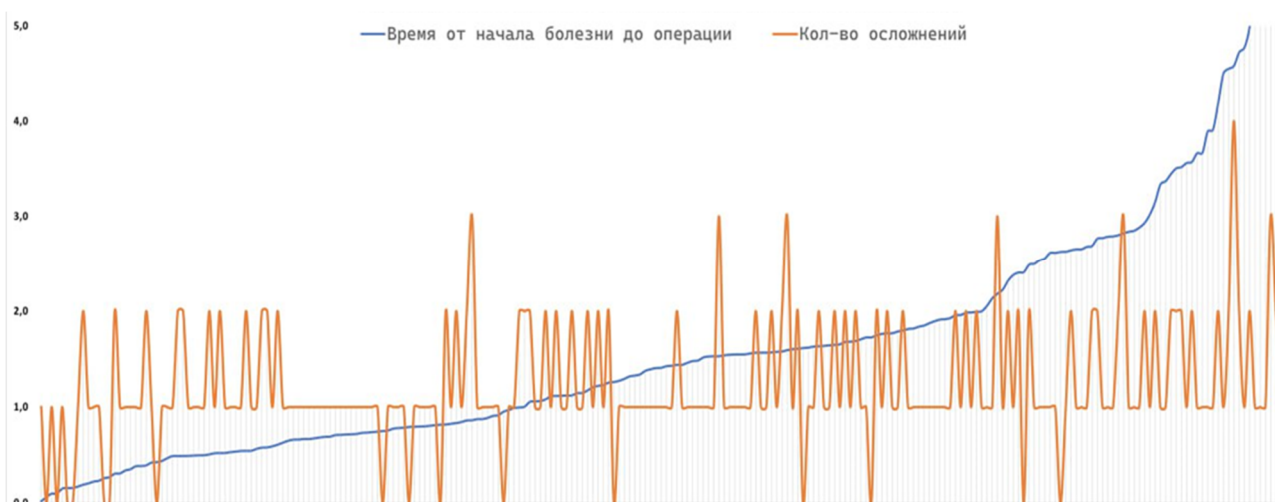


Рис. 1. Зависимость количества осложнений от времени начала заболевания до операции

Срок от начала заболевания до начала оперативного лечения варьировал от 4 часов до 6 суток (в среднем 20 часов 30 минут). Предоперационный период находится в диапазоне от 1 часа до 5 суток (в среднем 8 часов 45 минут). Время соотносилось с

количеством осложнений, где минимальное значение 0, а максимальное – 4. Рисунок 1 показывает прямую зависимость количества осложнений от времени начала заболевания до операции. При большем количестве часов увеличивается и количество осложнений.

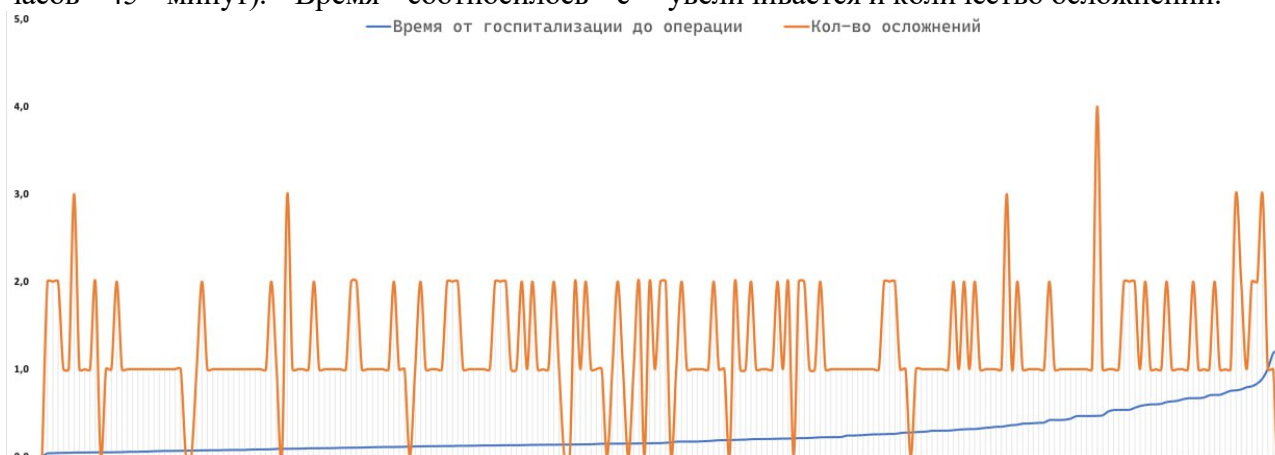


Рис. 2. Зависимость количества осложнений от времени госпитализации до операции

Вместе с тем, подобной зависимости у госпитализированных детей с ОА зафиксировано не было (рис. 2). Частота осложнений не коррелировала со временем проведения в стационаре предоперационной подготовки.

Кроме того, нами были проведены исследования изменения характера послеоперационных осложнений в зависимости от сроков госпитализации до операции. Для этого были взяты две группы пациентов: дети, оперированные до 7 часов от поступления в стационар, и дети, оперированные через 7 часов и более. Клиническими рекомендациями по лечению

ОА у детей [4] предусмотрен максимальный срок динамического наблюдения в 12 часов, среди статистических таблиц электронной истории болезни, заполняемой в КОДКБ, наиболее близким сроком является семичасовой интервал. В первую группу попало 167 пациентов, из которых только у 72 развились осложнения ОА, во вторую – 76 человек, 33 из них соответствовали требованиям. Общее количество осложнений в первой группе составило 199 (82 послеоперационных осложнения), во второй – 87 (37 послеоперационных осложнений) (табл. 2), что в целом соответствует литературным данным [7-9].

Изменение процентного соотношения послеоперационных осложнений

Послеоперационные осложнения у пациентов, прооперированных до 7 часов с момента госпитализации, %		Послеоперационные осложнения у пациентов, прооперированных от 7 часов и более с момента госпитализации, %	
Послеоперационный ИБП	45	Послеоперационный ИБП	41
Оментит	39	Оментит	46
Мезаденит	1	Мезаденит	5
Ранняя СКН	2	Ранняя СКН	5
Надапневротический абсцесс	0	Надапневротический абсцесс	3
Абсцедирующий ИБП	5	Абсцедирующий ИБП	0
Киста сальника	1	Киста сальника	0
Парез кишечника	1	Парез кишечника	0
Подпеченочный абсцесс	1	Подпеченочный абсцесс	0
Расхождение краев ПОР	2	Расхождение краев ПОР	0
Серома ПОР	1	Серома ПОР	0

Пациенты имели послеоперационные осложнения в количестве от 1 до 3 (максимальное значение, встречающееся в общей подборке анализируемых пациентов). В первой группе больше редких осложнений: киста сальника, парез кишечника, подпеченочный абсцесс и серома ПОР. Во второй выборке из редких встречается надапневротический абсцесс. Количество данных осложнений низкое, что не позволяет

утверждать о наличии связи между предоперационным периодом и вероятностью возникновения осложнения. В отношении других осложнений между диаграммами нет принципиальных различий. В обоих случаях на лидирующих позициях остаются послеоперационный ИБП и оментит. Подсчет статистической достоверности указывает, что видимые различия между двумя группами статистически не значимы.

Заключение

Исходя из полученных результатов можно сделать заключение, что на частоту осложнения влияет срок от начала заболевания до операции. На практике данный промежуток времени может увеличиваться за счет позднего обращения родителей пациента за медицинской помощью ввиду выжидательной

тактики и/или самолечения, а также неправильной (несвоевременной) диагностики ОА специалистами системы оказания первичной медицинской помощи – фельдшерами скорой помощи, врачами общей практики и участковыми педиатрами.

Список литературы / References

1. Разин, М. П., Минаев, С. В., Турабов, И. А. и др. Детская хирургия. Учебник. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. DOI: 10.33029/9704-5697-2-DHI-2020-1-704 [Razin, M. P., Minaev, S. V., Turabov, I. A. et al. Detskaya khirurgiya. Textbook. 2-nd ed., revised and expanded. Moscow : GEOTAR-Media ; 2020 (In Russ)].
2. Семакин, А. С., Разин, М. П., Минаев, С. В., Аксельров, М. А. и др. Современные особенности течения гнойно-септических заболеваний у детей и место иммунозаместительной терапии в их комплексном лечении // Вятский медицинский вестник. 2020. № 2 (66). С. 9-13. DOI: 10.24411/2220-7880-2020-10073 [Semakin, A. S., Razin, M. P., Minaev, S. V., Aksel'rov, M. A. et al. Recent peculiarities in the treatment course of purulent septic diseases in children and the role of immunoreplacement therapy in their complex management. *Vyatskii meditsinskii vestnik - Medical Newsletter of Vyatka*. 2020 ; 2 (66) : 9-13 (In Russ)].
3. Razin, M. P., Yusupov, Sh. A., Shamsiyev, J. A., Minaev, S. V., Axelrov, M. A., Agalakova, T. B., Suetina, I. G., Semakin, A. S.,

Timofeev, S. I. Peculiarities of the course of purulent-septic diseases in children of the Community of Independent States : a multicenter study. *Vyatskii meditsinskii vestnik - Medical Newsletter of Vyatka*. 2021 ; 4 (72) : 18-22 (In Russ). DOI: 10.24412/2220-2021-4-18-22

4. Федеральные клинические рекомендации «Острый аппендицит у детей» / Под ред. Розинова В. М., Разумовского А. Ю., Дронова А. Ф., Смирнова А. М., Голованева М. А. – Москва, 2013. – 23 с. [Federal'nye klinicheskie rekomendacii «Ostryj appendicit u detej» / Pod red. Rozinova V. M., Razumovskogo A. YU., Dronova A. F., Smirnova A. M., Golovaneva M. A. – Moskva, 2013. – 23 p. (In Russ)].

5. Разин, М. П., Аксельров, М. А., Минаев, С. В., Дьяконов, Д. А. Клинико-микробиологические параллели гнойно-септических заболеваний у детей. Медицинский альманах. 2019. № 5-6 (61). С. 62-65. DOI: 10.21145/2499-9954-2019-5-62-65. [Razin, M. P., Aksel'rov, M. A., Minaev, S. V., D'yakonov, D. A. Clinical-microbiological parallels of purulent-septic diseases in children. *Medicinskij al'manah*. 2019 ; 5-6 (61) : 62-65].

6. Дьяконова, Е. Ю., Разумовский, А. Ю., Алхасов, А. Б., Баранов, А. А., Намазова-Баранова, Л. С., Бекин, А. С., Гусев, А. А., Романова, Е. А. Лапароскопические операции в неотложной детской абдоминальной хирургии. Педиатрическая фармакология. 2018 ; 15 (1) : 9–19. Doi: 10.15690/pf.v15i1.1839 [Elena Yu. D'yakonova, Aleksandr Yu. Razumovskii, Abdumanap B. Alkhasov, Alexander A. Baranov, Leila S. Namazova-Baranova, Aleksandr S. Bekin, Aleksei A. Gusev, Ekaterina A. Romanova. Laparoscopic Surgeries in Pediatric Abdominal Surgical Emergencies. *Pediatricheskaya*

farmakologiya — Pediatric pharmacology. 2018 ; 15(1) : 9–19. Doi: 10.15690/pf.v15i1.1839) (In Russ)].

7. Свирский, А. А., Аверин, В. И., Ключева, О. В. и др. Сравнительный анализ тактики оказания экстренной медицинской помощи детям с абдоминальным синдромом с подозрением на острый аппендицит // Медицинская наука и образование Урала. 2019. № 1. С. 169-174. [Svirskij, A. A., Averin, V. I., Klyueva, O. V. et all. Comparative analysis of the emergency medical care tactics for children with abdominal syndrome with suspected acute appendicitis // *Medicinskaya nauka i obrazovanie Urala*. 2019 ; (1) : 169-174 (In Russ)].

8. Юсупов, Ш. А., Разин, М. П., Шамсиев, Ж. А., Давронов, Б. Л., Дворянский, С. А. Репродуктивная функция девочек в отдаленном периоде после перенесенного распространенного аппендикулярного перитонита. Ташкент : NIHOL_PRINT, 2023. [YUsupov, SH. A., Razin, M. P., SHamsiev, ZH. A., Davronov, B. L., Dvoryanskij, S. A. Reproduktivnaya funkciya devochek v otdalennom periode posle perenesennogo rasprostranennogo appendikulyarnogo peritonita. Tashkent : NIHOL_PRINT, 2023 (In Russ)].

9. Шамсиев, А. М., Юсупов, Ш. А., Разин, М. П., Шамсиев, Ж. А. Распространенный аппендикулярный перитонит у детей. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 208 с. [Shamsiev, A. M., Yusupov, Sh. A., Razin, M. P., Shamsiev, Zh. A. Rasprostrannyyi appendikulyarnyi peritonit u detei. Moscow : GEOTAR-Media ; 2020. – 208 p. (In Russ)].

УРЕТРА У ЗДОРОВЫХ ДЕВОЧЕК И ПРИ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ГИПОСПАДИИ

Соловьев А.Е., Яшина Н.Н., Фурсов Р.А.

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Рязань, Россия (390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9), e-mail: beerzombie@rambler.ru

Резюме. Цель - изучить расположение уретры у здоровых девочек и при вестибулярной гипоспадии. Предложена хирургическая коррекция вестибулярной гипоспадии. Обследованы 30 здоровых девочек и 14 девочек с вестибулярной гипоспадией в возрасте от 1 года до 17 лет. Проводился сбор анамнеза, осмотр, УЗИ, экскреторная урография, цистоуретерография, МРТ органов малого таза, цистоскопия, вагиноскопия. Длина уретры определялась при катетеризации мочевого пузыря. У здоровых девочек наружное отверстие уретры находится ближе ко входу во влагалище на 1/3 границы между клитором и входом во влагалище. У девочек с вестибулярной гипоспадией расстояние между наружным отверстием уретры и входом во влагалище было уменьшено во всех возрастных группах. В то же время уретра как у здоровых девочек, так и при вестибулярной гипоспадии, отличалась мало. Неэффективность длительной терапии хронических циститов, вульвовагинитов служила показанием к хирургической коррекции аномалий. Оперировано 6 девочек с вестибулярной гипоспадией с положительным отдаленным результатом. Длина уретры здоровых девочек и длина уретры с вестибулярной гипоспадией мало отличалась. Нормальное положение наружного отверстия уретры у здоровых девочек ближе ко входу во влагалище на границе УЗ между клитором и входом во влагалище. Расстояние между наружным отверстием уретры при вестибулярной гипоспадии и входом во влагалище сокращается во всех возрастных группах. Предложенное хирургическое лечение вестибулярной гипоспадии может быть операцией выбора.

Ключевые слова: девочки, уретра, вестибулярная гипоспадия, лечение.

URETHRA IN HEALTHY GIRLS AND IN THOSE HAVING PARTIAL HYPOSPADIAS

Solovyov A.E., Yashina N.N., Fursov R.A.

Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlova, Ryazan, Russia (390026, Ryazan, 9 Vysokovoltnaya Str.), e-mail: beerzombie@rambler.ru

Abstract. Goal. To examine the location of the urethra in healthy girls and in those with hypospadias. Surgical correction of the defect has been proposed.

Materials and methods. 30 healthy girls and 14 girls with hypospadias aged from 1 to 17 years have been examined. History taking, physical examination, ultrasound, excretory urography, cystoureterography, pelvic MRI, cystoscopy, vaginoscopy have been performed. The length of the urethra was determined during bladder catheterization. **Results and discussion.** In healthy girls, the external opening of the urethra is located closer to the entrance to the vagina between the clitoris and the vaginal opening. While in girls with hypospadias, the distance between the external opening of the urethra and the entrance to the vagina was shorter in all age groups. However, there's little difference in the urethra of healthy girls and those with hypospadias. Ineffective long-term therapy of chronic cystitis and vulvovaginitis served an indication for surgical intervention. 6 girls with partial hypospadias were operated on with a long-term positive outcome. **Conclusion.** There is little difference in the length of the urethra in healthy girls and those with partial hypospadias. The external opening of the urethra in healthy girls is located closer to the entrance to the vagina between the clitoris and the vaginal entrance. In case of hypospadias, the distance between the external opening of the urethra and the entrance to the vagina is smaller in all age groups. The proposed surgical technique for correction of partial hypospadias may be the treatment of choice.

Keywords: girls, urethra, hypospadias, treatment.

Введение

Гипоспадия у девочек является эмбриональным дефектом уретро-вагинальной перегородки [1]. В зависимости от степени смещения наружного отверстия уретры различают вестибулярную, вестибуло-вагинальную и вагинальную гипоспадию [2-4]. При этом увеличивается расстояние от клитора до наружного отверстия уретры и одновременно уменьшается расстояние от наружного отверстия уретры до входа во влагалище [5-7]. В отечественной [8-10] и зарубежной [15-19] литературе отсутствуют сведения о расположении наружного отверстия по отношению к клитору (УКР) и входу во влагалище (УВР). Без знаний нормальных показателей УКР и УВР нельзя достоверно говорить о вестибулярной гипоспадии.

Вестибулярная гипоспадия часто является находкой [11, 12], и только

подтекание мочи во влагалище, хронический цистит и вульвовагинит, зуд в области вульвы, дизурия заставляют врачей обратить внимание на урогенитальную патологию [13-14].

Цель: изучить расположение уретры у здоровых девочек и при вестибулярной гипоспадии. Предложена хирургическая коррекция вестибулярной гипоспадии.

Материалы и методы. Обследованы 30 здоровых девочек и 14 девочек с вестибулярной гипоспадией в возрасте от 1 года до 17 лет. Проводился сбор анамнеза, осмотр, УЗИ, экскреторная урография, цистоуретерография, МРТ органов малого таза, цистоскопия, вагиноскопия. Длина уретры определялась при катетеризации мочевого пузыря.

Таблица 1

Длина уретры у здоровых девочек и девочек с вестибулярной гипоспадией

	Здоровые			Вестибулярная гипоспадия		
Возраст	1-3 г.	6-8 л.	15-17 л.	1-3 г.	6-8 л.	15-17 л.
Кол-во	n-10	n-10	n-10	n-3	n-5	n-6

Длина уретры (см)	1,6±0,3	2,3±0,3	3,1±0,6	1,4±0,3	1,9±0,3	3,0±0,7
-------------------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

Таблица 2

Расстояние между клитором, наружным отверстием уретры и входом во влагалище у здоровых девочек и девочек с вестибулярной гипоспадией

	Здоровые			Вестибулярная гипоспадия		
Возраст	1-3 г.	6-8 л.	15-17 л.	1-3 г.	6-8 л.	15-17 л.
Кол-во	n-10	n-10	n-10	n-3	n-5	n-6
КУР (см)	1,2±0,17	1,7±0,6	3,1±0,7	1,6±0,15	2,06±0,6	3,2±0,12
КВР (см)	0,6±0,23	0,1±0,36	1,3±0,14	0,51±0,12	0,56±0,15	0,9±0,14

КУР – клиторо-уретральное расстояние

КВР – уретро-вагинальное расстояние

Основное содержание

При обследовании 30 здоровых девочек нами отмечено, что наружное отверстие уретры находилось ближе ко входу во влагалище. Как видно из таблицы 1, длина уретры у здоровых девочек в возрасте 1 года – 3 лет была 0,6±0,23 см, 6-8 лет – 2,3±0,3 см, 15-17 лет – 3,1±0,6 см. Эти данные нами приняты за норму.

У 14 девочек с вестибулярной гипоспадией отмечено умеренное укорочение уретры по сравнению с нормой. В возрасте 1 года – 3 лет длина уретры была 1,4±0,3 см, 6-8 лет – 1,9±0,3 см, 15-17 лет – 3,0±0,7 см.

Таким образом, у здоровых девочек и у девочек с вестибулярной гипоспадией длина уретры мало отличалась.

В таблице 2 приведены данные клиторно-уретрального расстояния (КУР) и уретро-вагинального расстояния (УВР) у здоровых девочек и девочек с вестибулярной гипоспадией. Оказалось, что у здоровых девочек КУР во всех возрастных группах превышал УВР в 2 раза. В то же время у девочек с вестибулярной гипоспадией КУР превышал УВР в 3 раза и более, что указывает на укорочение расстояния от наружного отверстия уретры до входа во влагалище. Этот показатель подтверждает диагноз аномалии уретры – вестибулярную гипоспадию.

При обследовании девочек с вестибулярной гипоспадией у всех был поставлен диагноз хронического цистита, вульвовагинита и пиелонефрита. У 7 имелся

энурез, у 6 – ПМР, у 3 – удвоение почек и у 3 – дистопия почки.

Вопрос лечения вестибулярной гипоспадии у девочек остается дискуссионным. Ряд авторов [9, 10, 15-17] настаивают на консервативном лечении. Другие [6, 7, 14, 18, 19] считают, что низкое расположение наружного отверстия уретры при вестибулярной гипоспадии приводит к попаданию мочи во влагалище, что проявляется хроническим циститом, вульвовагинитом и пиелонефритом. Консервативное лечение, по их мнению, в таких случаях приводит к временному успеху.

Наши исследования позволили снять диагноз аномалии уретры у ряда девочек, которым ранее ставили диагноз вестибулярной гипоспадии. Отсутствие эффекта от консервативного лечения послужило показанием к оперативному лечению 6 девочек с вестибулярной гипоспадией. Простое перемещение наружного отверстия уретры к клитору малоэффективно, т. к. уретра в средней трети и влагалище средней трети представляют единое образование [5, 7, 14]. Необходимо отделить уретру и влагалище, иначе уретра возвращается на старое место (рецидив). Данный фактор не всегда учитывается.

Нами предложен хирургический способ лечения как вестибулярной, так и вестибуло-вагинальной гипоспадии (патент № 2808486 от 28.11.2023). Операция производится из 2

разрезов. Первый разрез делается в преддверии влагалища, отступая 0,3 см ниже клитора, и продолжается книзу до входа во влагалище, окаймляя наружное отверстие уретры. В уретру перед операцией вводится резиновый катетер, который помогает выделению всей уретры.

Так как нижняя стенка уретры и верхняя стенка влагалища в средней трети представляет единое образование, второй разрез производят со стороны влагалища на передней стенке в средней трети. Здесь отчетливо проляблирует средняя часть уретры. Разрезом длиной 2,5 см рассекается слизистая передней стенки влагалища над уретрой. Тупым и острым путем слизистая влагалища отслаивается от соединительнотканно-мышечного слоя в стороны. Соединительнотканно-мышечный слой влагалища отсекается от уретры с двух сторон. Производится выделение и мобилизация из сращений всей уретры от наружного отверстия до шейки мочевого пузыря. Наружное отверстие уретры фиксируется узловатыми швами в 0,3 см от клитора в ране преддверия влагалища. На

переднюю стенку влагалища накладывается двухрядный шов: первый ряд – на соединительнотканно-мышечный слой, второй – на слизистую влагалища. Последним ушивается рана преддверия влагалища. Катетер в мочевом пузыре оставляют на 10 суток, во влагалище оставляют выпускник на 5 суток.

По описанному выше способу оперировано 6 девочек с вестибулярной гипоспадией. Осложнений и трудностей во время операции не было. Послеоперационный период протекал без особенностей. Катетер из уретры удалялся на 10-е сутки. Ежедневно проводился туалет влагалища. Девочки выписывались на 14-18 сутки после операции. Акт мочеиспускания был не нарушен.

У 6 девочек после операции через 6 месяцев проводилась урофлоуметрия (урат-7). Оценивали продолжительность мочеиспускания, среднюю скорость тока мочи, время достижения максимальной скорости потока, максимальную скорость потока мочи (табл. 3).

Таблица 3

Показатели урофлоуграммы у здоровых девочек и девочек после операции по поводу вестибулярной гипоспадии

Показатели	Здоровые дети	Дети после операции
Количество детей	10	6
Эффективность объема мочевого пузыря, мл	До 200	До 200
Продолжительность мочеиспускания, сек.	$9,2 \pm 2,7$	$10,3 \pm 2,3$
Средняя скорость тока мочи, м/сек.	$8,7 \pm 3,6$	$9,1 \pm 2,4$
Время достижения максимальной скорости потока, сек.	$3,6 \pm 1,8$	$3,8 \pm 2,6$
Максимальная скорость потока мочи, м/сек.	$17,3 \pm 4,5$	$18,4 \pm 3,2$

Как видно из таблицы 3, показатели урофлоуметрии у здоровых девочек и оперированных по поводу вестибулярной гипоспадии в отдаленные сроки мало отличались.

Оценка отдаленных результатов произведена у оперированных девочек в

сроки от 1 года до 5 лет. Жалоб не было. Мочеиспускание свободное. Эпизодов вульвитов и циститов не отмечалось. При осмотре наружное отверстие уретры находится на обычном месте. Сопутствующей патологии нет.

Предложенный нами способ хирургического лечения вестибулярной гипоспадии позволяет обеспечить радикальность оперативного вмешательства

и снижение количества осложнений, а также является профилактикой хронической инфекции мочеполовой системы в будущем.

Заключение

Длина уретры здоровых девочек и длина уретры у девочек с вестибулярной гипоспадией мало отличаются. Нормальное положение наружного отверстия уретры у здоровых девочек ближе ко входу во влагалище на границе УЗ между клитором и входом во влагалище. Расстояние между наружным отверстием уретры при вестибулярной гипоспадии и входом во влагалище сокращается во всех возрастных группах.

Предложен способ оперативного лечения вестибулярной гипоспадии. Показанием служит неэффективность длительной терапии вульвитов, вагинитов, циститов, хронических пиелонефритов. Наличие гипоспадии наружного отверстия уретры, постоянная травма ее при coitus является субстратом инфицирования мочевых путей у женщин. Оперативное лечение служит профилактикой посткоитальных осложнений у девочек в будущем.

Список литература / References

1. Соловьев, А. Е. Урология детского возраста. Эка-Вектор. С.-Петер., 2018, 239-241. [Soloviev, A. E. Urology of childhood. Eco-Vector. S.-Peter., 2018, 239-241 (In Russ)].

2. Соловьев, А. Е. Диагностика и оперативное лечение гипоспадии у девочек. Урология. 2021 ; 2 : 78-81. [Soloviev, A. E. Diagnosis and surgical treatment of hypospadias in girls. Urology. 2021 ; 2 : 78-81 (In Russ)].

3. Теремханов, К. Г., Дерягин, Л. Е., Пятибрат, Е. Д. Физиологические особенности полового развития в пубертатном периоде у подростков, матери которых пережили риск террористической угрозы. Российский медико-биологический вестник им. ак. И. П. Павлова. 2023 ; 31 : 1 : 19-28. [Teremkhanov, K. G., Deryagin, L. E., Pyatibrat, E. D. Physiological features of puberty sexual development in adolescents whose mothers experienced the risk of terrorist threat. The Pavlov Russian Medical and Biological Bulletin. 2023 ; 31 : 1 : 19-28 (In Russ)].

4. Лопаткин, Н. А. Урология. Национальное руководство. М. : ГЭОТАР-Медиа. 2013, с. 243-271. [Lopatkin, N. A. Urology. National Leadership. M. : GEOTAR-Media. 2013, pp. 243-271 (In Russ)].

5. Соловьев, А. Е. Диагностика и хирургическое лечение вульвовагинальной гипоспадии у девочек. Акушерство и гинекология. 2023 ; 10 : 137-140. [Soloviev, A. E. Diagnosis and surgical treatment of

vulvovaginal hypospadias in girls. Obstetrics and gynecology. 2023 ; 10 : 137-140 (In Russ)].

6. Лоран, О. Б., Зайцев, А. В., Годунов, Б. Н. Урология и нефрология. 1997. – № 6. – с. 7-14. [Laurent, O. B., Zaitsev, A. V., Godunov, B. N. Urology and nephrology. 1997. – No. 6. – pp. 7-14 (In Russ)].

7. Гвоздев, М. Ю., Лоран, О. Б., Гумин, Л. М., Дьяков, В. В. Транспозиция дистального отдела уретры в оперативном лечении рецидивирующих инфекций нижних мочевых путей у женщин. Урология. 2000, № 3, с. 24-27. [Gvozdev, M. Yu., Laurent, O. B., Gumin, L. M., Dyakov, V. V. Transposition of the distal urethra in the surgical treatment of recurrent lower urinary tract infections in women. Urology. 2000, No. 3, pp. 24-27 (In Russ)].

8. Аникиев, А. В., Окулов, А. Б., Володько, Е. А. Новая классификация гипоспадии у девочек в соответствии с современными понятиями о нарушении формирования пола и тактикой хирургической коррекции. Ж. Акушерства и гинекологии, 2022, 7, 88-95. [Anikiev, A. V., Okulov, A. B., Volodko, E. A. A new classification of hypospadias in girls in accordance with modern concepts of gender formation disorders and surgical correction tactics. J. Obstetrics and Gynecology, 2022, 7, 88-95 (In Russ)].

9. Лопаткин, Н. А., Пугачев, А. Г. Детская урология. М. : ГЭОТАР-Медиа. 1986, 236 с. [Lopatkin, N. A., Pugachev, A. G. Pediatric urology. M. : GEOTAR-Media. 1986, 236 p. (In Russ)].
10. Рудин, Ю. Э., Марухненко, Д. В., Гарманова, Т. Н. Гипоспадия у женщин и девочек : обзор литературы и клинический случай. Экспериментальная и клиническая урология. 2015 ; 4 : 110-114. [Rudin, Yu. E., Marukhnenko, D. V., Garmanova, T. N. Hypospadias in women and girls : a literature review and a clinical case. Experimental and clinical urology. 2015 ; 4 : 110-114 (In Russ)].
11. Соловьев, А. Е. Способ оперативного лечения вестибуло-вагинальной гипоспадии у девочек. Патент № 2808486 от 28.11.23 г. [Soloviev, A. E. A method of surgical treatment of vestibulo-vaginal hypospadias in girls. Patent No. 2808486 dated 11/28/2013 (In Russ)].
12. Соловьев, А. Е. Способ лечения недержания мочи при тотальной женской гипоспадии. Авт. свид. № 1597178 от 8.06.90. [Soloviev, A. E. Method of treatment of urinary incontinence in total female hypospadias. Auth. svid. No. 1597178 of 8.06.90 (In Russ)].
13. Ахмедова, Э. И. Наблюдение за детьми периода новорожденности в детской поликлинике. Наука молодых. 2022 ; 10 : 1 : 81-90. [Akhmedova, E. I. Supervision of children of the newborn period in a children's polyclinic. The science of the young. 2022 ; 10 : 1 : 81-90 (In Russ)].
14. Кан, Д. В. Реконструктивно-пластическая урология. М., 1995, 186 с. [Kan, D. V. Reconstructive plastic urology. M., 1995, 186 p. (In Russ)].
15. Bhat, A., Saxena, R., Bhat, M. P., Dawan, M., Saxena, G. Female hypospadias with vaginal stones : a rare congenital anomaly // J Pediatr Urol. 2010. Vol. 6, N 1. P. 70-74.
16. Chemaou, A., Lasry, F., Nejdoui, Z., Eizmmouri, M., Sibai, H. Female hypospadias diagnosed in an adolescent // Arch Pediatr. 2013. Vol. 20, N 12. P. 1314-1316.
17. Piaggio, L. A. Congenital Adrenal Hyperplasia : Review from a Surgeon's Perspective in the Beginning of the Twenty-First Century. Front Pediatr. 2014 ; 1 : 50. Doi: 10.3389/fped.2013.00050.
18. Wein, A. J., Kavoussi, L. R., Partin, A. W., Peters, C. A. Campbell-Walsh Urology. 11 th ed. Philadelphia, PA : Elsevier/Saunders ; 2016. Vol. 1-4.
19. Hayashi, G. Y., Carvalho, D. F., de Miranda, M. C., Faure, C., Vallejos, C., Brito, V. N., de Santi Rodrigues, A., Madureira, G., Mendonca, B. B., Bachega, T. A.S.S. Neonatal 17-hydroxyprogesterone levels adjusted according to age at sample collection and birthweight improve the efficacy of congenital adrenal hyperplasia newborn screening. Clin Endocrinol. 2017 ; 86 (4) : 480-487. Doi: 10.1111/cen.13292.

УДК: 616.33/.34-008.856.6-053.2]-07-072.1-089

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

¹Батуров М.А., ²Юсупов Ш.А., ¹Махнева В.А., ¹Скобелев В.А., ¹Сулейманова А.А., ¹Польский И.С., ¹Разин М.П., ³Аксельров Е.М.

¹ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112), e-mail: kf12@kirovgma.ru

²Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Республика Узбекистан (г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18)

³ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Россия (625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54)

Резюме. Инородные тела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) часто встречаются у детей. Чаще инородные тела беспрепятственно проходят по дегистивному тракту, но иногда могут задерживаться, фиксироваться, перфорировать стенку органа, чем объясняется актуальность темы. Авторами выполнен ретроспективный анализ медицинской документации КОГБУЗ «Кировская областная детская клиническая больница» с 2019 по 2023 гг. За указанный хронологический период за помощью обратилось 358 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 15 лет с подозрением на наличие инородного тела в желудочно-кишечном тракте. Из них были госпитализированы 27%. Эти дети пролечены эндоскопически или оперативно. Установлено, что инородные тела ЖКТ чаще наблюдаются у мальчиков (61%); наиболее уязвимым возрастом является диапазон от 1 года до 3 лет (49%). Среди инородных тел ЖКТ чаще встречаются монеты (44%) и батарейки (21%). Самая частая локализация в организме – пищевод (41%, чаще верхняя треть). Показаниями для госпитализации детей с инородными телами являются жалобы на боли в животе, указание на заглатывание инородных тел с острыми краями, больших размеров, множественных предметов, а также наличие сопутствующих заболеваний в анамнезе. Множественные магниты и окисленные батарейки (самые опасные инородные тела) подлежат удалению эндоскопическим методом в первые сутки с момента поступления.

Ключевые слова: инородные тела, желудочно-кишечный тракт, эндоскопическое удаление, оперативное лечение, дети.

FOREIGN BODIES OF THE GASTROINTESTINAL TRACT IN CHILDREN

¹Baturov M.A., ²Yusupov Sh.A., ¹Mahneva V.A., ¹Skobelev V.A.,

¹Suleimanova A.A., ¹Polsky I.S., ¹Razin M.P., ³Akselrov E.M.

¹Kirov State Medical University, Kirov, Russia (112 K. Marx Street, Kirov, 610027),
e-mail: kfl2@kirovgma.ru ²SAMARKAND State Medical University, Samarkand,
Republic of Uzbekistan (Samarkand, Amir Temur str., 18)

³Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia (625023, Tyumen, 54 Odesskaya Str.)

Abstract. Foreign bodies of the gastrointestinal tract are common in children. Most swallowed foreign bodies pass through the digestive tract with no problems, but sometimes they can cause obstruction, perforation or hamorrhage. The authors have performed a retrospective analysis of the medical records dated between 2019 and 2023 from Kirov Regional Children's Clinical Hospital. 358 patients aged 3 months to 15 years sought help with suspected ingested foreign bodies during this period. Among them, 27% were hospitalized and treated endoscopically or surgically. It has been established that foreign bodies of the gastrointestinal tract are more often observed in boys (61%); the most vulnerable age is from 1 year to 3 years (49%). Among foreign bodies of the gastrointestinal tract, coins (44%) and batteries (21%) are the most

common. The most common localization in the body is the esophagus (41%) (usually the upper third). Indications for hospitalization of children with foreign bodies include complaints of abdominal pain, swallowing sharp or large foreign bodies, multiple objects, as well as presence of concomitant diseases in the anamnesis. Multiple magnets and oxidized batteries (the most dangerous foreign bodies) must be removed endoscopically within the first 24 hours from the moment of admission.

Keywords: foreign bodies, gastrointestinal tract, endoscopic removal, surgery, children.

Введение

Инородные тела (ИТ) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) встречаются часто. Инородные тела чаще попадают в ЖКТ через ротовую полость, когда ребенок случайно проглатывает посторонние предметы. В большинстве случаев это мелкие детали игрушек, батарейки, магнитные шарики и другие предметы. Чаще ИТ беспрепятственно проходят по ЖКТ, однако иногда могут задерживаться, фиксироваться, перфорировать стенку полого органа [1-3]. Принято классифицировать инородные тела ЖКТ: 1) по размеру (мелкие до 5 см и крупные более 5 см); 2) по форме (заостренные и гладкие); 3) по виду материала (металлические (в т.ч. магнитные), деревянные, пластиковые, стеклянные и др.); 4) по отношению к рентгеновскому обследованию (рентгенопозитивные, рентгеногегативные); 5) по количеству (единичные и множественные); 6) по химической активности ИТ (инертные и активные); 7) по локализации (пищевод, желудок, тонкая, толстая, прямая кишки) [2].

Основные симптомы инородного тела в ЖКТ у детей зависят от размера и местоположения предмета. При попадании в верхнюю часть ЖКТ у детей могут наблюдаться: устойчивые приступы кашля, затрудненное дыхание, отказ от пищи, слюнотечение, дисфагия. При попадании в нижнюю часть ЖКТ чаще всего наблюдаются боли в животе и чувство переполнения желудка, тошнота и рвота, запор. Остроконечные предметы могут вызывать «кочующие» боли при миграции по кишечнику, а также могут перфорировать стенку полых органов. Батарейки могут вызвать химический ожог слизистой оболочки органов ЖКТ, а магниты могут

притягивать друг друга внутри кишечника, вызывая абдоминальные боли и задержку стула. Гидрогелиевые шарики при взаимодействии с жидкостью в ЖКТ набухают и провоцируют кишечную непроходимость [2-5].

Диагностика ИТ, как правило, не вызывает трудностей и должна проводиться незамедлительно. Тщательный сбор анамнеза, данные общего осмотра и инструментальных методов обследования позволяют быстро поставить диагноз. Выбор метода зависит от предполагаемого местоположения ИТ и его материала. Анамнез важен для определения времени и обстоятельств проглатывания предмета. Рентгенография – основной метод для выявления металлических предметов и некоторых других инородных тел, однако не рекомендуется использовать в качестве контраста BaSO_4 , так как это увеличивает риск последующего эндоскопического исследования (взвесь сульфата бария при аспирации не всасывается в дыхательных путях, вокруг частиц взвеси формируются гранулемы, манифестирует асептическое воспаление). Рентгенологический контроль назначают 1 раз в 10 дней при отсутствии жалоб. При ухудшении состояния ребенка рентгенологическое исследование проводят по показаниям. Ультразвуковое исследование позволяет обнаружить мягкие инородные тела [6-9]. Эндоскопия (ЭФГДС, колоноскопия) – наиболее информативный метод, является золотым стандартом для диагностики и лечения в большинстве случаев [3-5].

Лечение зависит от размера и характеристик ИТ, а также наличия осложнений. В большинстве случаев

инородное тело само выходит из ЖКТ естественным путем через 1-3 суток. Часто применяется эндоскопическое удаление. Показания к эндоскопическому удалению инородных тел [5, 8]: пищевод – все инородные тела; желудок и ДПК – острые или остроконечные объекты; длинные объекты (5-6 см у детей); тупые объекты после 5 дней нахождения в желудке или ДПК; электрические элементы питания (в течение суток от момента проглатывания); множественные и/или тяжелые магнитные тела. Оперативное лечение показано при перфорации, кровотечении или обтурационной непроходимости ЖКТ, при невозможности удаления тела эндоскопически.

Цель исследования: оптимизация лечебно-диагностического алгоритма ведения детей с инородными телами ЖКТ.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ медицинской документации КОГБУЗ «Кировская областная детская клиническая больница» за 5 лет (с 2019 по 2023 гг.). Анализ нозологических, природных, возрастно-половых критериев, сроков поступления, объема диагностических мероприятий и проведенного лечения. Математической обработке подвергались абсолютные значения и относительные числа. Размер выборки предварительно не рассчитывался. Для статистического анализа данных использовалась программа Excel 2410, применялся графический метод – построение диаграмм.

Основное содержание

Выяснено, что за указанный хронологический период в КОДКБ за помощью обратилось 358 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 15 лет с подозрением на наличие инородного тела в желудочно-кишечном тракте. Из них были госпитализированы 27%. Среди пациентов отмечены 221 (61%) мальчик и 137 (39%) девочек. Распределение пациентов по

возрасту следующее: до 1 года – 25 (7%) детей, от 1 до 3 лет – 173 (49%), от 3 до 7 лет – 106 (29%), от 7 до 15 лет – 54 (15%) (табл. 1). Дети были госпитализированы на сроке от 1 часа до 10 суток после проглатывания инородного тела, чаще всего (в 60% случаев) пациенты обращались в течение первого часа после проглатывания.

Таблица 1

Возрастная структура патологии

Возраст пациентов	Число (абс.)	%
До года	25	7
1-3 года	173	49
3-7 лет	106	29
7-15 лет	54	15

Обследование ребенка с подозрением на наличие инородного тела ЖКТ включало общий осмотр, аускультацию грудной клетки, рентгенологическое обследование, диагностическую фиброгастроскопию для пациентов с подозрением на наличие в желудке крупного (остроконечного)

рентгеннегативного предмета. У 7% (26 человек) пациентов в ходе диагностики инородное тело не было обнаружено ввиду нескольких причин: инородное тело выходило самостоятельно с вызванной рвотой или у пациентов имеются нарушения психики.

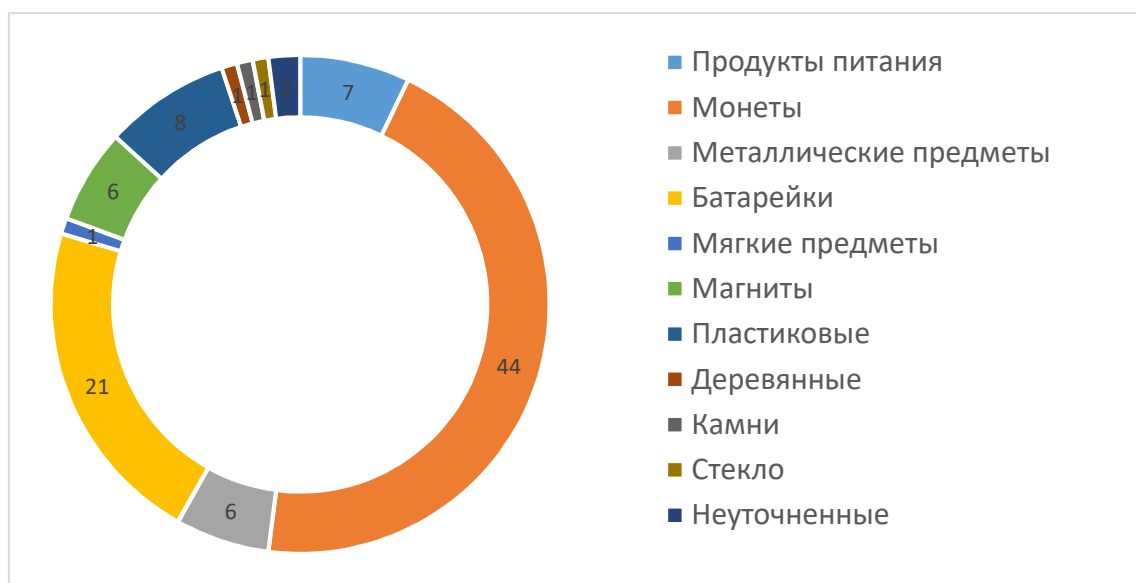


Рис. 1. Природа инородных тел ЖКТ

При рентгеноскопии и ФГДС были установлены следующие инородные тела (рис. 1). Продукты питания – 24 (7%), из них: яблоки – 6 (25%), чеснок – 1 (4%), шашлык – 2 (8%), рыбья кость – 4 (16%), курица – 4 (16%), мясо – 3 (12%), пищевой комок, морковь, косточки от сливы и нектарина, желудь – по 1 (по 4%). Монеты различных номиналов – 156 (44%), из них: 10 коп. – 4 (2,6%), 50 коп. – 4 (2,6%), 1 руб. – 6 (3,8%), 2 руб. – 17 (10,9%), 5 руб. – 6 (3,8%), 10 руб. – 32 (20,5%), неуточненный номинал – 87 (55,8%). Металлические предметы (кольца, иголки, гвозди, булавки, гайки и др.) – 21

(5,8%). Батарейки – 73 (21%), из них таблетированные – 10 (13,7%), пальчиковые – 1 (1,4%), неуточненные – 62 (85%). Мягкие предметы (силиконовые игрушки, поролоновые губки и др.) – 5 (1%); магниты – 22 (6%); пластиковые детали – 27 (8%); деревянные предметы – 3 (1%); камни – 5 (1%); стекло – 9 (3%); тела неуточненного характера – 6 (2%). Таким образом, самым часто встречаемым выявленным ИТ являются монеты (44%) и батарейки (21%).

Была установлена следующая локализация инородных тел (рис. 2).

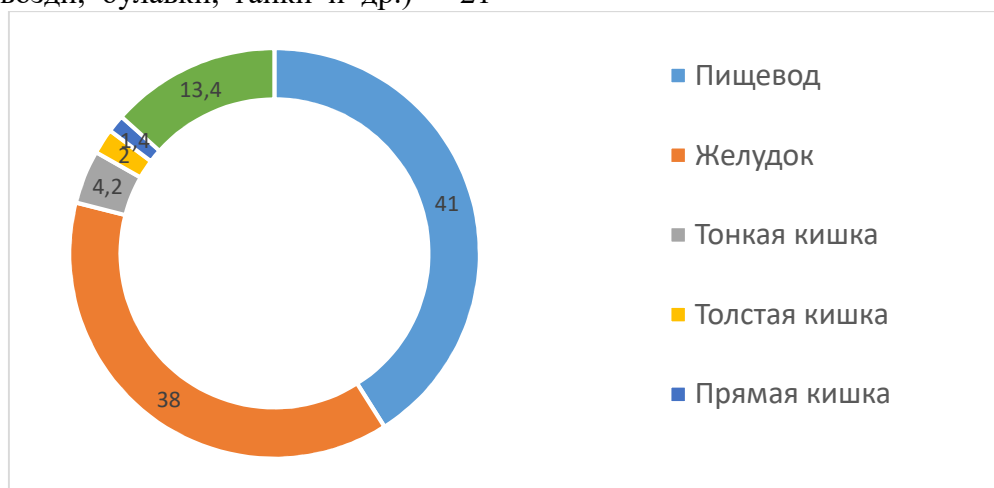


Рис. 2. Локализация инородных тел ЖКТ

Инородные тела пищевода составили 158 (41%), из них: верхняя треть пищевода – 76 (48,1%), средняя треть пищевода – 54 (34,1%), нижняя треть пищевода – 28 (17,7%). Инородные тела прямой кишки – 5 (1,4%),

толстой кишки – 10 (2%), желудка – 147 (38%), тонкой кишки – 15 (4,2%), локализация осталась неизвестной – 48 (13,4%), – т.к. ИТ покинуло организм самостоятельно до обращения в клинику.

Таким образом, чаще всего ИТ были обнаружены в пищеводе (41%), в особенности в верхней трети.

Были госпитализированы 97 (27%) обратившихся за помощью пациентов. Показаниями для стационарного лечения [9] явились указания в анамнезе на заглатывание инородных тел заостренной формы, крупных, химически активных (в частности батареек), множественных, длительное пребывание (от 5 до 11 дней), кроме того, появление жалоб после проглатывания инородного тела на боли в животе, тошноту, рвоту, кашель, повышение температуры тела. Также наличие таких осложнений, как рубцовый стеноз пищевода и эзофагит. У 52 пациентов (17%) ИТ покинули организм самостоятельно в течение первых трех суток под

амбулаторным наблюдением, остальные были пролечены эндоскопически или оперативно. Наибольшие осложнения нахождения в ЖКТ имели такие инородные тела, как батарейки (ожог слизистой и иногда кровотечение) и ферромагнитные тела и неодимовые магниты (пролежни стенки, перфорация ЖКТ с перитонитом, кишечная непроходимость), того же мнения придерживаются и другие авторы [10]. Из казуистических можно отметить случаи удаления косточки от нектарина хирургическим путем через отверстие колостомы у пациентки 13 лет с болезнью Гиршпрунга; извлечение инородных тел из прямой кишки с помощью ректального зеркала и зажима у двух детей (были введены через задний проход).

Заключение

1. Наличие инородных тел ЖКТ чаще наблюдается у мальчиков (61%); наиболее уязвимым возрастом является диапазон от 1 года до 3 лет (49%).

2. Среди инородных тел ЖКТ в детской практике чаще встречаются монеты (44%) и батарейки (21%).

3. Самая частая локализация (41%) в организме – пищевод (чаще верхняя треть).

4. Показаниями для госпитализации детей с ИТ являются жалобы на боли в

животе, указание на заглатывание инородных тел с острыми краями, больших размеров, множественных предметов, а также наличие сопутствующих заболеваний в анамнезе.

5. Множественные магниты и окисленные батарейки (самые опасные ИТ) подлежат удалению эндоскопическим методом в первые сутки с момента поступления.

Список литературы / References

1. Разин, М. П., Минаев, С. В., Скобелев, В. А., Стрелков, Н. С. Неотложная хирургия детского возраста : учебное пособие. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. 328 с. [Razin, M. P., Minaev, S. V., Skobelev, V. A., Strelkov, N. S. Neotlozhnaya khirurgiya detskogo vozrasta : Textbook. Moscow : GEOTAR-Media ; 2015 (In Russ)].

2. Богомазов, С. В. Инородные тела желудочно-кишечного тракта : автореф. дис. канд. мед. наук / Владивосток, 1998. 18 с. [Bogomazov, S. V. Inorodnye tela zheludochno-kishechnogo trakta : avtoref. dis. kand. med. Nauk / Vladivostok, 1998. 18 p. (In Russ)].

3. Блажитко, Е. М., Вардосанидзе, К. В., Киселев, А. А. Инородные тела. Новосибирск : Наука, 1996. 200 с. [Blagitko, E. M., Vardosanidze, K. V., Kiselev, A. A. Inorodnye

tela. Novosibirsk : Nauka, 1996. 200 p. (In Russ)].

4. Кулачек, Ф. Г. и др. Инородные тела желудка и кишечника // Клиническая хирургия. 1991 ; 11 : 39–41. [Kulachek, F. G. i dr. Foreign bodies of the stomach and intestines // Klinicheskaya hirurgiya. 1991 ; 11 : 39–41 (In Russ)].

5. Назаров, В. Е. и др. Эндоскопия пищеварительного тракта. М. : Триада-Фарм, 2002. 176 с. [Nazarov, V. E. i dr. Endoskopiya pishchevaritel'nogo trakta. M. : Triada-Farm, 2002. 176 p. (In Russ)].

6. Сторожук, В. В., Ермолаев, В. Н. Инородные тела желудочно-кишечного тракта // Хирургия. 1999 ; 7 : 27-29. [Storozhuk, V. V., Ermolaev, V. N. Foreign bodies of the gastrointestinal tract // Hirurgiya. 1999 ; 7 : 27-29 (In Russ)].

7. Савельев, В. С. Руководство по клинической эндоскопии. М. : Медицина, 1995. 544 с. [Savel'ev, V. S. Rukovodstvo po klinicheskoy endoskopii. M. : Medicina, 1995. 544 p. (In Russ)].

8. Гегечкори, Ю. А., Гегечкори, З. Ю., Бабаев, Ф. А. Особенности диагностики и лечебной тактики при инородных телах желудочно-кишечного тракта // Военно-медицинский журнал. 1991 ; 9 : 67. [Gegechkori, YU. A., Gegechkori, Z. YU., Babaev, F. A. Features of diagnostics and treatment tactics for foreign bodies in the gastrointestinal tract // Voenno-medicinskij zhurnal. 1991 ; 9 : 67 (In Russ)].

9. Разин, М. П., Минаев, С. В., Турабов, И. А. и др. Детская хирургия. Учебник. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : ГЭОТАР-УДК 618.15-007.65-089

Медиа, 2020. DOI: 10.33029/9704-5697-2-DHI-2020-1-704 [Razin, M. P., Minaev, S. V., Turabov, I. A. et al. Detskaya khirurgiya. Textbook. 2-nd ed., revised and expanded. Moscow : GEOTAR-Media ; 2020 (In Russ)].

10. Кацупеев, В. Б., Бабич, И. И., Лукаш, Ю. В., Лейга, А. В., Богданов, С. В. Неодимовые магнитные инородные тела ЖКТ у детей – «феномен XXI века». Вятский медицинский вестник. 2024 ; 4 (84) : 82-84. DOI: 10.24412/2220-7880-2024-4-82-84. [Katsupeev, V. B., Babich, I. I., Lukash, YU. V., Lejga, A. V., Bogdanov, S. V. Neodymium magnetic foreign bodies in the gastrointestinal tract in children – a “phenomenon of the 21st century”. Vyatskii meditsinskii vestnik – Medical Newsletter of Vyatka. 2024 ; 4 (84) : 82-84 (In Russ)].

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СУБСИМФИЗАРНОЙ (СУБТОТАЛЬНОЙ) ЭПИСПАДИИ У ДЕВОЧЕК

Соловьев А.Е.

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Рязань, Россия (390026, г. Рязань, ул. ул. Высоковольтная, д. 9), e-mail: beerzombie@rambler.ru

Резюме. Предложен вариант хирургического лечения субсимфизарной (субтотальной) эписпадии у девочек. Семи девочкам с субсимфизарной (субтотальной) эписпадией произведено предложенное нами оперативное лечение. Разрезом на промежности производилось выделение проксимальной части уретры. Удлинение дистальной части уретры происходило путем создания последней из лоскутов слизистой преддверия влагалища с анастомозированием проксимальной и дистальной частями. Три швами гофрировали шейку мочевого пузыря. Субсимфизарная (субтотальная) эписпадия у девочек проявлялась укорочением и дистопией наружного отверстия уретры. У всех имелись хронические циститы, вульвиты, вульвовагиниты. При рентгенологическом исследовании диагностировано расхождение лонных костей. У 3 девочек выявлен ПМР, у 2 – удвоение почки, у одной – дистопия почки. Урофлоуметрия констатировала гиперактивный мочевой пузырь. Со стороны влагалища, матки, придатков патологии не обнаружено. Хирургическое лечение произведено у 7 девочек с хорошим отдаленным результатом. Показанием к оперативному лечению субсимфизарной эписпадии является неэффективность длительной терапии хронических циститов, вульвитов, вульвовагинитов, хронических пиелонефритов. Оперативное лечение

нормализует акт мочеиспускания и служит профилактикой урогенитальных осложнений.

Ключевые слова: эписпадия, девочки, хирургическое лечение.

SURGICAL TREATMENT OF SUBSYMPHYSEAL EPISPADIAS IN GIRLS

Solovyov A.E.

Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlova, Ryazan, Russia (390026, Ryazan, 9 Vysokovoltnaya Str.), e-mail: beerzombie@rambler.ru

Abstract. A novel surgical approach for subsymphyseal epispadias treatment in girls has been discussed. 7 girls with subsymphyseal epispadias have undergone surgical treatment using this approach. An incision in the perineum was made to lead the proximal part of the urethra out. The distal urethra was elongated by creating the last flap of the mucous membrane of the vestibule of the vagina with anastomosis of the proximal and distal parts. The bladder neck was corrugated with three stitches. Subsymphyseal epispadias in girls was characterized by shortening of the urethra and ectopia of the external opening of the urethra. All the patients had chronic cystitis, vulvitis, and vulvovaginitis. X-ray examination revealed separation of the pubic bones. PMR was detected in 3 girls, kidney doubling in 2 girls, and kidney dystopia in one girl. Uroflowmetry revealed an overactive bladder. No pathology was found in the vagina, uterus, and appendages. Surgical treatment was performed in 7 girls and had a good long-term outcome. Ineffective long-term therapy of chronic cystitis, vulvitis, vulvovaginitis, chronic pyelonephritis was an indication for surgical intervention in subsymphyseal epispadias. Thus, with surgical treatment urination returns to normal; it also helps prevent urogenital complications.

Keywords: epispadias, girls, surgical treatment.

Введение

Эписпадия – верхняя расщелина уретры. У девочек предложена классификация, где выделена клиторная форма эписпадии, субсимфизарная (субтотальная) и симфизарная (тотальная) форма эписпадии (А.Е. Соловьев). Эписпадия у девочек встречается в 6 раз реже, чем у мальчиков [1-5]. Если клиторная форма эписпадии девочкам не приносит особых неудобств, то субсимфизарная и симфизарная формы вызывают большие проблемы [6-8]. Так, при симфизарной эписпадии имеет место тотальное расщепление уретры и сфинктера мочевого пузыря. Поэтому у девочек имеется полное недержание мочи днем и ночью. В.М. Державин предложил сфинктеропластику мочевого пузыря, которая имеет наиболее

благоприятные результаты [9-11]. Срединным разрезом между пупком и лобком обнажают мочевой пузырь. Шейку мочевого пузыря выделяют и суживают поперечно гофрирующими швами. По мнению Н.А. Лопаткина, О.В. Лорана, М.Д. Leclair, М.М. Hirdes, Ш.Т. Салимова, операция В.М. Державина эффективна: дети удерживают мочу, восстанавливается управляемое мочеиспускание.

При субсимфизарной эписпадии у девочек уретра расщеплена до шейки мочевого пузыря. Наружное отверстие уретры в виде воронки уходит под симфиз. Сфинктер мочевого пузыря не расщеплен. Однако, при повышении внутрибрюшного давления дети упускают мочу [12-14].

Акт мочеиспускания происходит разбрызгивающей струей. Моча попадает во влагалище, на внутренние поверхности бедер. Девочки и женщины страдают вульвитом, вульвовагинитом, хроническим циститом, пиелонефритом [15-20].

Цель: предложен вариант хирургического лечения субсимфизарной (субтотальной) эписпадии у девочек.

Материалы и методы. Девочкам с субсимфизарной (субтотальной) эписпадией

произведено предложенное нами оперативное лечение. Разрезом на промежности производилось выделение проксимальной части уретры. Удлинение дистальной части уретры происходило путем создания последней из лоскутов слизистой преддверия влагалища с анастомозированием проксимальной и дистальной частями. Тремя швами гофрировали шейку мочевого пузыря.

Основное содержание

Субсимфизарная (субтотальная) эписпадия у девочек проявлялась укорочением и дистопией наружного отверстия уретры. У всех имелись хронические циститы, вульвиты, вульвовагиниты. При рентгенологическом исследовании диагностировано расхождение лонных костей. У 3 девочек выявлен ПМР, у 2 – удвоение почки, у одной – дистопия почки. Урофлоуметрия констатировала гиперактивный мочевой пузырь. Со стороны влагалища, матки, придатков патологии не обнаружено. У девочек с субсимфизарной эписпадией крайняя плоть и клитор были расщеплены. Малые и большие половые губы атрофичны и широко раздвинуты. Наружное отверстие уретры в виде воронки, открытой сверху, уходит за симфиз. Задняя стенка в

виде желоба выходила на промежность. Акт мочеиспускания происходит разбрызгивающей струей. Моча попадает как во влагалище, так и на внутренние поверхности бедер. Промежность, наружное отверстие уретры, влагалище и внутренняя поверхность бедер раздражены и гиперемированы. Верхняя стенка уретры была расщеплена на протяжении 2/3 длины, находилась в спайках. Расщепление уретры не доходит до сфинктера. Девочки страдали недержанием мочи при резком повышении внутрибрюшного давления.

Длина уретры у девочек с субсимфизарной эписпадией в разных возрастах была в 3 раза короче, чем у здоровых девочек (табл. 1).

Таблица 1

Длина уретры у девочек в норме, при клитерной и субсимфизарной формах эписпадии

Длина уретры в см	Возраст		
	1-3 года	6-8 лет	15-18 лет
Здоровые девочки	1,6±0,3 (n-10)	2,3±0,3 (n-10)	3,1±0,6 (n-10)
Клитерная эписпадия	0,8±0,15 (n-6)	1,1±0,3 (n-4)	1,8±0,2 (n-3)
Субсимфизарная эписпадия	0,6±0,3 (n-2)	0,7±0,2 (n-3)	1,2±0,15 (n-2)

Н.Е. Савченко, В.М. Державин, Н.А. Лопаткин, Н.В. Амesty считают, что субсимфизарная эписпадия не требует хирургического лечения. Однако, разбрызгивание и частичное недержание мочи приводит к хроническим циститам, пиелонефритам, вульвитам, вульвовагинитам. Недержание мочи происходит вследствие функциональной недостаточности сфинктера мочевого пузыря

[6, 7]. Это вызывает у девочек, и особенно у девушек, тяжелые переживания и психические расстройства. Мы не встретили попыток хирургического лечения субсимфизарной эписпадии у девочек [13-17]. В клинике разработана и предложена операция при субсимфизарной эписпадии. Способ включает: 1) выделение проксимальной части уретры из спаек; 2) удлинение дистальной части уретры путем

создания последней из лоскутов слизистой преддверия влагалища; 3) гофрирование шейки мочевого пузыря.

Предложенный способ осуществляется следующим образом. Под общим обезболиванием в положении для влагалищных операций вводят катетер в мочевой пузырь. Производят 4 разреза. Первый – продольный разрез длиной 3 см от наружного отверстия уретры вверх к лону. Выделяют проксимальную часть уретры до шейки мочевого пузыря, освобождая ее от врожденных спаек. Второй разрез – поперечный длиной 3,5 см между малыми половыми губами с обходом сверху наружного отверстия уретры. Третий – двойной разрез производят параллелью как справа, так и слева, отступая на 0,7 см от слизистой дорожки, которая является продолжением задней стенки уретры. Четвертый разрез производят поперечно длиной 3,5 см дистально на уровне вновь создаваемого наружного отверстия уретры. При этом выделяют с обеих сторон 2 лоскута из слизистой преддверия влагалища, из которых формируют дистальную часть созданной уретры. Накладывается анастомоз между проксимальным и дистальным участками уретры. Производят гофрирование шейки мочевого пузыря: накладывают три шва путем вкола и выкола мышечного слоя шейки с одной стороны, не повреждая слизистую мочевого пузыря. То же самое этой же иглой делают с другой стороны шейки. Швы завязывают. Над вновь созданной уретрой кожа и слизистая преддверия влагалища ушиваются.

Катетер в мочевом пузыре оставляют на 10-12 дней. Шовный материал на атравматичной игле с рассасывающимися нитями (викрил, миксон). Операция производится с использованием очков с увеличением.

Нами оперировано 7 девочек по описанному выше способу с субсимфизарной (субтотальной) эписпадией (заявка на изобретение № 2024109494 от 09.04.2024 г.). Девочки были в возрасте от 6 до 16 лет. После операции, а также в отдаленном периоде у всех имелся нормальный акт мочеиспускания. Дети хорошо удерживали

мочу. Однако, у 2 девочек после операции возник свищ дистальной части уретры, который через год был закрыт.

Клиническое наблюдение

Наташа Г., 8 лет, поступила в клинику г. Запорожья с диагнозом эписпадия, частичное недержание мочи. Из анамнеза известно, что родилась 4 ребенком с весом 2400 г. Мать и отец девочки, а также 2 сестры и брат здоровы. Недержание мочи днем во время смеха и при физической нагрузке. Страдает энурезом. Консервативное лечение неэффективно. Девочка впервые обследована у уролога в 7 лет. Заключение: эписпадия, недержание мочи.

При поступлении состояние удовлетворительное. Замкнута, часто плачет. В развитии несколько отстает от сверстников. Патологии со стороны органов грудной и брюшной полостей нет. Почки не пальпируются. Осмотр промежности: обнаружено расщепление клитора, малые и большие половые губы атрофичны. Девственная плева отсутствует. Наружное отверстие уретры находится в глубине между малыми половыми губами под лоном. Объем мочевого пузыря – 60 мл. При повышении давления в брюшной полости происходит частичное недержание мочи. При мочеиспускании отмечается струя мочи с разбрызгиванием. Длина уретры 0,7 см. Часть мочи попадает во влагалище и на внутренние поверхности бедер. Имеется раздражение преддверия влагалища и внутренней поверхности бедер. На обзорной рентгенограмме – расхождение лонных костей. На экскреторных урограммах функция почек и верхних мочевых путей удовлетворительная. Мочевой пузырь обычной формы, уменьшен в объеме. Консультация детского гинеколога: со стороны влагалища, матки и придатков патологии не обнаружено. Диагноз: субсимфизарная эписпадия, частичное недержание мочи. Операция: пластика дистальной части уретры по методу клиники. Послеоперационное течение гладкое. Катетер из мочевого пузыря удален на 12 сутки. Акт мочеиспускания восстановился в течение недели. Мочу удерживает хорошо, «сухая».

Заключение

Показанием к оперативному лечению вульвовагинитов, хронических субсимфизарной эписпадии является пиелонефритов. Оперативное лечение неэффективность длительной терапии нормализует акт мочеиспускания и служит хронических циститов, вульвитов, профилактикой урогенитальных осложнений.

Список литературы / References

1. Соловьев, А. Е. Руководство по детской урологии. Рязань. 2024 ; т. II : 535 с. [Solov'ev, A. E. Rukovodstvo po detskoj urologii. Ryazan'. 2024 ; t. II : 535 p. (In Russ)].
2. Державин, В. М., Казанская, И. В., Вишневский, Е. Л. Диагностика урологических заболеваний у детей. – Л. : Медицина, Ленинградское отделение. – 1984. – 2014 с. [Derzhavin, V. M., Kazanskaya, I. V., Vishnevskij, E. L. Diagnostika urologicheskikh zabolevanij u detej. – Leningrad : Medicina, Leningradskoe otdelenie. – 1984. – 2014 p. (In Russ)].
3. Кан, Д. В. Реконструктивно-пластическая урология. М. ; 1995, 186 с. [Kan, D. V. Rekonstruktivno-plasticheskaya urologiya. Moskva ; 1995, 186 p. (In Russ)].
4. Лопаткин, Н. А. Урология. Национальное руководство. М. : ГЭОТАР-Медиа ; 2009. 1024 с. [Lopatkin, N. A. Urologiya. Nacional'noe rukovodstvo. Moskva : GEOTAR-Media ; 2009. 1024 p. (In Russ)].
5. Савчинко, Н. Е., Державин, В. М. Эписпадия. Минск, 1976, 58-71. [Savchinko, N. E., Derzhavin, V. M. Epispadiya. Minsk, 1976, 58-71 (In Russ)].
6. Лоран, О. Б., Вишневский, Е. Л., Демидов, А. А. Комбинированное лечение субтотальной эписпадии у девочки. Урология. 2012 ; 4 : 73-5. [Loran, O. B., Vishnevskij, E. L., Demidov, A. A. Combined treatment of subtotal epispadias in a girl. Urologiya. 2012 ; 4 : 73-5 (In Russ)].
7. Leclair, M. D., Faraj, S., Villemagne, T., Carrouget, J., Arnaud, A., Heloury, Y. Primary female epispadias : Perineal approach or Kelly repair? *J. Pediatr. Urol.* 2018 ; 14 (1) : 33-9. Doi: 10.1016/j.jpuro.2017.08.017.
8. Деревянко, Т. И., Придчин, С. В., Рыжкова, Э. В. Противовоспалительная терапия инфекций нижних мочевых путей у пациенток с заболеваниями дистальной уретры клиническое исследование. Экспериментальная и клиническая урология. 2021 ; 2 : 100-104. [Derevyanko, T. I., Pridchin, S. V., Ryzhkova, E. V. Anti-inflammatory therapy of lower urinary tract infections in patients with distal urethral diseases : a clinical study. *Eksperimental'naya i klinicheskaya urologiya.* 2021 ; 2 : 100-104 (In Russ)].
9. Kaefer, M., Andler, R., Bauer, S. B., Hendren, W. H., Diamond, D. A., Retik, A. B. Urodynamic findings in children with isolated epispadias. *J Urol.* 1999 ; 162 (3 Pt 2) : 1172-5.
10. Соловьев, А. Е. Тотальная эписпадия удвоенной уретры у мальчиков. Урология. 2018 ; 1 : 126-8. [Solov'ev, A. E. Total epispadias of the double urethra in boys. *Urologiya.* 2018 ; 1 : 126-8 (In Russ)].
11. Салимов, Ш. Т. Модификация сфинтерапластики Державина и методы устранения диастаза лонных костей при тяжелых степенях эписпадии // Урология. – 2009 ; 3 : 59-61. [Salimov, Sh. T. Modification of Derzhavin's sphintheraplasty and methods for eliminating pubic bone diastasis in severe degrees of epispadias // *Urologiya.* – 2009 ; 3 : 59-61 (In Russ)].
12. Демидов, А. А., Млынчик, Е. В. Эффективность уретральной эндосфинктероластики у детей с недержанием мочи при миелодисплазии и эписпадии // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2022 ; 12 (3) : 336-349. [Demidov, A. A., Mlynchik, E. V. Efficacy of urethral endosphincteroplasty in children with urinary incontinence due to myelodysplasia and epispadias // *Rossijskij vestnik detskoj hirurgii, anesteziologii i reanimatologii.* 2022 ; 12 (3) : 336-349 (In Russ)].
13. Демин, Н. В. Женская эписпадия. Клиническое наблюдение // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2020 ; 10 : 48-48. [Demin, N. V. Female Epispadias. Clinical Observation // *Rossijskij vestnik detskoj hirurgii, anesteziologii i reanimatologii.* 2020 ; 10 : 48-48 (In Russ)].

14. Комяков, Б. К., Очеленко, В. А., Шевнин, М. В., Тарасов, В. А., Меликов, Р. А. Посткоитальный цистит как причина сексуальной дисфункции у женщин. Экспериментальная и клиническая урология. 2023 ; 2 : 134-139. [Komyakov, B. K., Ochelenko, V. A., Shevnin, M. V., Tarasov, V. A., Melikov, R. A. Postcoital cystitis as a cause of sexual dysfunction in women. *Eksperimental'naya i klinicheskaya urologiya*. 2023 ; 2 : 134-139 (In Russ)].
15. Bouty, A., Lefevre, Y., Harper, L., Dobremez, E. Urethral duplication in girls : Three cases associating an accessory epispadiac urethra and a main hypospadiac urethra. *J. Pediatr. Urol.* 2016 ; 12 (4) : 209. e1-5. Doi: 10.1016/j.jpuro.2016.05.001.
16. Amesty, M. V., Chocarro, G., Lobato, R., Monsalve, S., Martinez-Urrutia, M. J., Lopez-Pereira, P. C., et al. Quality of Life in Female Epispadias. *Eur. J. Pediatr. Surg.* 2016 ; 26 (3) : 277-81. Doi: 10.1055/s-0035-1554793. Erratum in: *Eur J.*
17. Hirdes, M. M., de Jong, T. P., Dik, P., Vijverberg, M. A., Chrzan, R., Klijn, A. J. Urethral length in girls with lower urinary tract symptoms and forme fruste of female epispadias. *J Pediatr Urol.* 2010 ; 6 (4) : 372-5. Doi: 10.1016/j.jpuro.2009.10.013.
18. Маматкулов, Б. М. Врожденные аномалии как причина детской инвалидности. Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2015 ; 2 : 110-5. [Mamatkulov, B. M. Congenital anomalies as a cause of childhood disability. *Nauka molodyh (Eruditio Juvenium)*. 2015 ; 2 : 110-5 (In Russ)].
19. Елисеев, Д. Э., Холодова, Ж. Л., Абакумов, Р. С., Доброхотова, Ю. Э., Шадеркина, В. А. Посткоитальный цистит : хирургическое лечение. Экспериментальная и клиническая урология. 2021 ; 1 : 130-134. [Eliseev, D. E., Holodova, Zh. L., Abakumov, R. S., Dobrohotova, Yu. E., Shaderkina, V. A. Postcoital cystitis : surgical treatment. *Eksperimental'naya i klinicheskaya urologiya*. 2021 ; 1 : 130-134 (In Russ)].
20. Елисеев, Д. Э., Холодова, Я. Г., Холодова, Ж. Л., Абакумов, Р. С., Доброхотова, Ю. Э., Шадеркина, В. А. Нетипичные случаи рецидивирующего посткоитального цистита у женщин : приобретенная гипермобильность уретры клиническое наблюдение. 2021 ; 2 : 105-109. [Eliseev, D. E., Holodova, Ya. G., Holodova, Zh. L., Abakumov, R. S., Dobrohotova, Yu. E., Shaderkina, V. A. Atypical cases of recurrent postcoital cystitis in women : acquired urethral hypermobility - a clinical observation. *Eksperimental'naya i klinicheskaya urologiya*. 2021 ; 2 : 105-109 (In Russ)].

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОЛОГИЯ И ГИГИЕНА ЧЕЛОВЕКА, ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 615. 2

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ОТ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ

Белоусова Е.В.¹, Кущева Е.П.¹, Белоусов П.Е.¹, Рулин Е.Н.¹, Карасев М.М.²,
Киселева В.А.³, Белоусова О.В.⁴, Помазанов В.В.³, Белоусов Е.А.⁴

¹ГАЗ «Брянская областная больница №1» (241028, г. Брянск, пр. Станке
Димитрова, 86), e-mail: belousovea32@mail.ru

²ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева»
(302026, г. Орёл, ул. Комсомольская, 95), e-mail: mikhailkaraseva@yandex.ru

³ГОУ ВО МО «Государственный гуманитарно-технологический университет»,
(142611, Московская область, г. Орехово-Зуево, ул. Зелёная 22), e-mail:
kiselevam1v2@mail.ru

⁴ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский
университет», (308015, г. Белгород, ул. Победы, 85) e-mail: belousovea@mail.ru

Резюме. Эмоциональное состояние человека часто во многом зависит от отсутствия в текущий момент головной боли (цефалгии), которая способна возникнуть в любой момент независимо от времени суток. Даже в ночные часы, когда человеку необходим отдых, головная боль настигает, и человек вынужденно просыпается. В статье представлены результаты маркетингового исследования ассортимента лекарственных препаратов (ЛП) в аптечной организации (АО), используемых для лечения головной боли. Данное исследование проведено в обеспечение потребности целевого потребительского рынка.

Ключевые слова: цефалгия, мигрень, анальгетики, купирование, лекарственная форма, ассортимент.

HEADACHE MEDICINE MARKET

Belousova E.V.¹, Kushcheva E.P.¹, Belousov P.E.¹, Rulin E.N.¹, Karasev M.M.²,
Kiseleva V.A.³, Belousova O.V.⁴, Pomazanov V.V.³, Belousov E.A.⁴

¹Bryansk Regional Hospital No. 1 (86 Stanke Dimitrov ave., Bryansk, 241028), e-mail:
belousovea32@mail.ru

²I.S. Turgenev Orel State University (95 Komsomolskaya str., Orel, 302026), e-mail:
mikhailkarasev@yandex.ru

³State University of Humanities and Technology, (22 Zelenaya Str., Orekhovo-Zuyevo,
Moscow region, 142611), e-mail: kiselevam1v2@mail.ru

Abstract. A headache, also known as cephalgia, is an unpleasant sensation which can suddenly occur at any time of the day. A headache may occur at night, when a person is asleep and will typically wake the person up. The article below presents the results of a marketing research of headache medicines in a pharmacy organization. This study has been conducted to meet the needs of the target consumers.

Keywords: cephalgia, migraine, analgesics, relief, dosage form, assortment.

Введение

Согласно существующей международной классификации расстройств, сопровождающихся цефалгией, выделяют три основных и наиболее распространенных: первичные, вторичные и краниальные. Если первичные головные боли не связаны с заболеваниями структур в области головы и шеи, то вторичные являются проявлением причинного заболевания, краниальные боли чаще всего определяются возникшей патологией в шейно-головном отделе. Среди всех видов цефалгий лидирующее положение занимают первичные головные боли, составляющие 95%, из которых можно выделить мигрень, головную боль напряжения, лекарственно-индуцированную (вторичную) боль, развивающуюся при частом и длительном употреблении анальгетиков [1-4].

Стоит отметить, что головную боль, не приводящую к серьезным проблемам и появляющуюся в определенные периоды времени (устомление, переживания, всплеск эмоций и др.), значительная часть населения склонна не считать серьезным заболеванием, а

поэтому нужда в диагностике и лечении отсутствует. Из-за доступности лекарственных препаратов и обилия рекламы безрецептурных ЛП, часть людей не идет в поликлинику, а занимается самолечением с использованием в первую очередь безрецептурных вариантов нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), чем впоследствии затрудняет подбор адекватной терапии головной боли [5-7, 9].

Обладая противовоспалительным, обезболивающим, жаропонижающим действием, НПВП обеспечили себе большую востребованность при лечении самых различных заболеваний, в том числе различных видов головной боли. Высокая эффективность способствует популяризации данной группы препаратов, способствует росту спроса потребления, что, в свою очередь, стимулирует проведение производителями ЛП маркетинговых исследований и создание новых дженериковых лекарственных форм [5, 6, 8, 9].

Материалы и методы: контент-анализ, структурный, графический, аналитический.

Основное содержание

Сформированный в аптечной организации с помощью контент-анализа информационный массив определил 43 ЛП, которые относятся к трем фармакотерапевтическим (АТХ) группам: «М» составляет 46%; «N» – 49%; «А» – 5%. Анализ номенклатуры ЛП, применяемых для лечения головной боли по АТХ-кодам, установил, что M01AE01 «Ибупрофен» и N02BB52 «Метамизол натрия в комбинации с

другими препаратами, исключая психолептики» определяют долю от исследуемого ассортиментного кластера по 12% каждый; M01AE51 «Ибупрофен в комбинации с другими препаратами» и N02BA71 «Ацетилсалициловая кислота в комбинации с психолептиками» – по 10%; на долю остальных 19 приходится 56% исследуемого ассортимента ЛП (рис. 1).

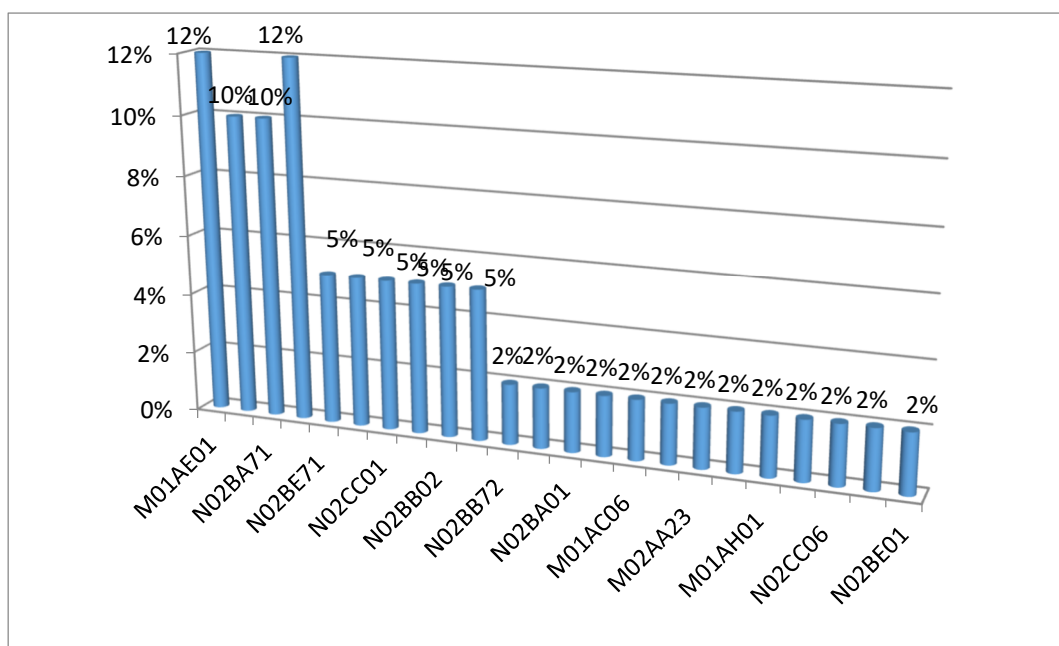


Рис. 1. Сегментация ассортимента ЛП по АТХ-кодам, %

Исследование по количеству активных веществ в ЛП показало, что многокомпонентные ЛП определяют 42%, в то время как монокомпонентные – 58% исследуемого ассортимента (рис. 2).

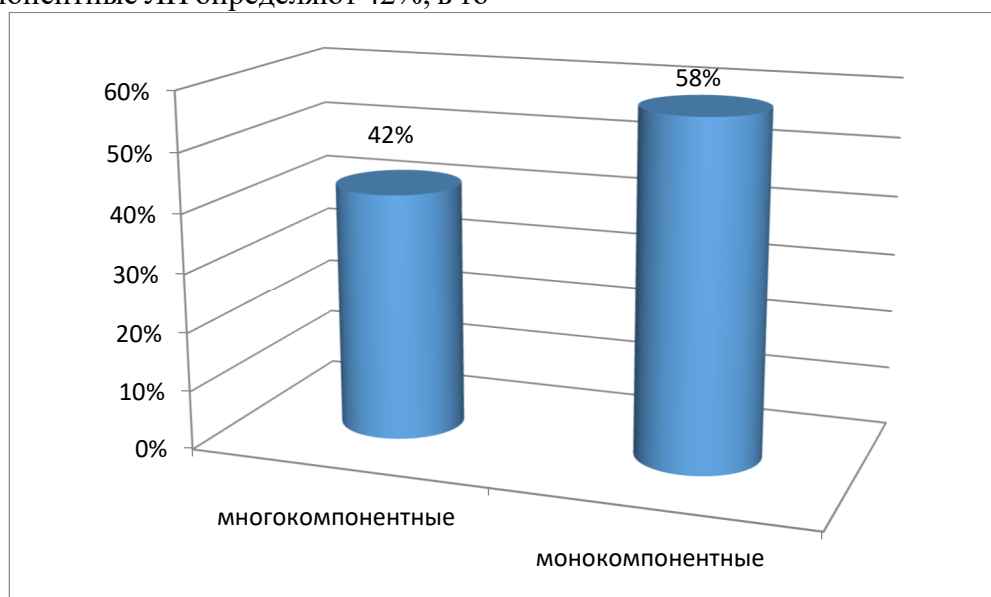


Рис. 2. Сегментация ассортимента по количеству активных веществ в ЛП, %

Исследование ассортимента ЛП, предназначенных для лечения головных болей, по производственной принадлежности выявило преобладание ЛП иностранного происхождения – 63%, отечественные – 37% (рис. 3).

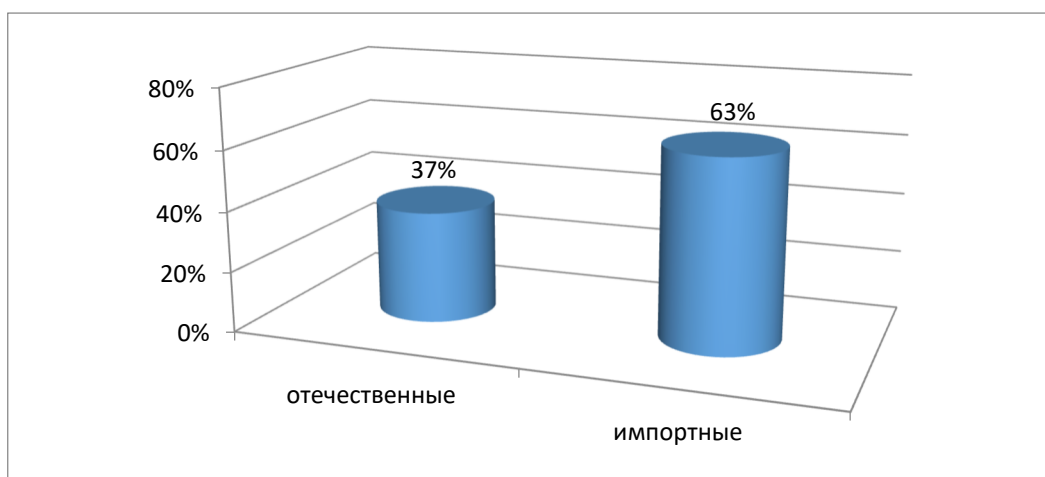


Рис. 3. Структура ассортимента ЛПП по производственной принадлежности, %

Из 15 государств-производителей исследуемого ассортимента аптечного сегмента ЛПП, наименьшая доля приходится на Францию, Испанию, Турцию, Нидерланды, Польшу, Ирландию, Великобританию и Италию – по 2%. Доля производственных

компаний России является максимальной и составляет 37%, индийские ЛПП для лечения головной боли составляют 20%, ЛПП Словении и Болгарии – по 8%, Германии – 5%, Чехии и Венгрии – по 3% (рис. 4).

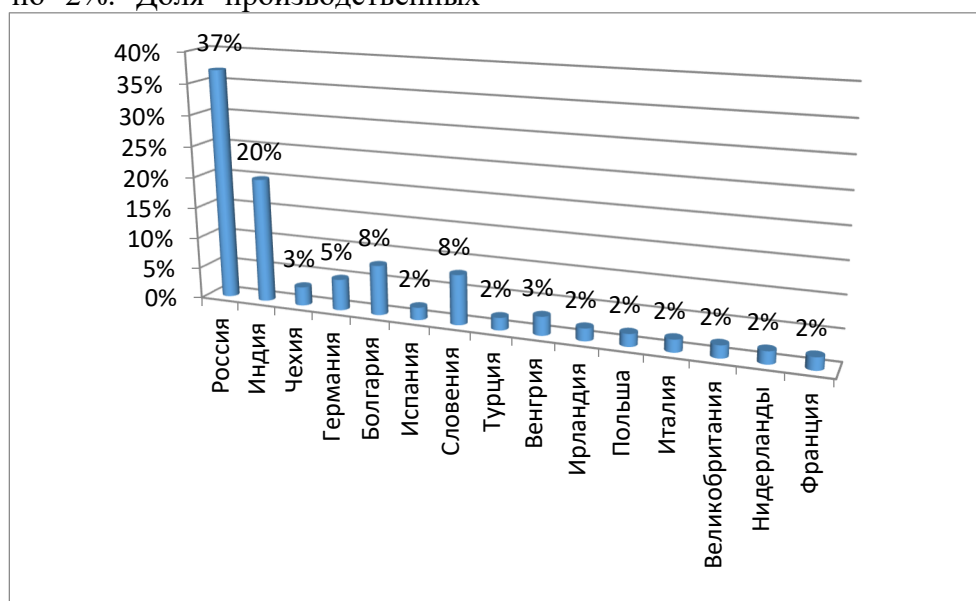


Рис. 4. Структура ассортимента ЛПП по странам-производителям, %

Исследование агрегатного состояния исследуемого ассортимента ЛПП определил 100% наличие твердых лекарственных форм, объясняемое прежде всего удобством в применении, причем доля таблеток составляет 96%, гранул для приготовления суспензии и капсул – по 2%.

Исследование по видам ЛФ наиболее популярной группы «таблетки» выявило, что наименее востребованными в данном случае оказались таблетки шипучие из-за сложности при приеме – 5%; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, составляют 46%; таблетки – 49%. По рецепту врача отпускается 32%, безрецептурными являются 68% (рис. 5).

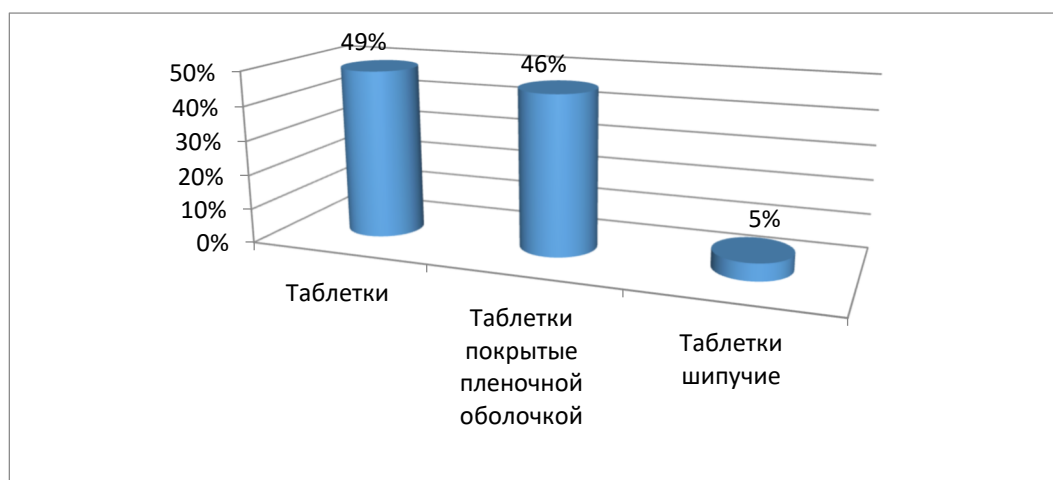


Рис. 5. Структура ассортимента по видам твердых лекарственных форм, %

Заключение

Хорошее знание ассортимента препаратов для лечения головной боли позволит аптечным специалистам информировать медицинских работников о наличии и поступлении новых ЛП в аптечную организацию, систематизировать заказы,

оптимизировать товарные запасы лекарств, привлечь новых и максимально удовлетворить потребности существующих покупателей, что может положительно отразиться на результатах работы аптеки, на продажах и получении дополнительной прибыли.

Список литературы /References

- Осипова, В. В., Азимова, Ю. Э., Табеева, Г. Р., Тарасова, С. А. и др. Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства : состояние проблемы и пути ее решения // *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. – 2012. – Т. 6. – № 2. – С. 16-21. [Osipova, V. V., Azimova, YU. E., Tabeeva, G. R., Tarasova, S. A. i dr. Diagnostika glavnyh bolej v Rossii i stranah postsovetского prostranstva : sostoyanie problemy i puti ee resheniya // *Annaly klinicheskoy i eksperimental'noj nevrologii*. – 2012. – Т. 6. – № 2. – С. 16-21 (In Russ)].
- Курганова, Ю. М., Данилов, А. Б. Роль мелатонина в терапии хронической головной боли // *Медицинский совет*. – 2018. – № 1. – С. 33-37. [Kurganova, YU. M., Danilov, A. B. Rol' melatonina v terapii hronicheskoy glavnoy boli // *Medicinskij sovet*. – 2018. – № 1. – С. 33-37 (In Russ)].
- Мищенко, Т. С., Мищенко, В. Н. Современные подходы к фармакотерапии мигрени // *Международный неврологический журнал*. – 2015. – № 1 (71). – С. 90-98. [Mishchenko, T. S., Mishchenko, V. N. Sovremennye podhody k farmakoterapii migreni // *Mezhdunarodnyj nevrologicheskij zhurnal*. – 2015. – № 1 (71). – С. 90-98 (In Russ)].
- Чугунова, Н. А., Воронцова, Е. В., Толмачева, Г. В. Хроническая головная боль напряжения : пути решения проблемы // *Трудный пациент*. 2018. – № 10. – Т. 16. – С. 38-42. [Chugunova, N. A., Voroncova, E. V., Tolmacheva, G. V. Hronicheskaya glavnaya bol' napryazheniya : puti resheniya problem // *Trudnyj pacient*. 2018. – № 10. – Т. 16. – С. 38-42 (In Russ)].
- Белоусов, Е. А., Белоусова, О. В., Карасев, М. М., Костенко, Е. И., Петухова, Е. П. Исследование ассортимента ненаркотических анальгетиков для ветеринарного применения // *Экономика. Социология. Право*. 2022, № 1 (25), Брянск : БГУ, С. 9-15. [Belousov, E. A., Belousova, O. V., Karasev, M. M., Kostenko, E. I., Petuhova, E. P. Issledovanie assortimenta nenarkoticheskikh anal'getikov dlya veterinarnogo primeneniya // *Ekonomika. Sociologiya. Pravo*. 2022, № 1 (25), Bryansk : BGU, S. 9-15 (In Russ)].
- Ковалева, Т. Г., Кулик, В. В. Анализ ассортимента нестероидных противовоспалительных лекарственных препаратов в аптечной организации ставропольского края // *Тенденция развития*

науки и образования. – 2022. – № 81 (6). С. 15-18. [Kovaleva, T. G., Kulik, V. V. Analiz assortimenta nesteroidnyh protivovospalitel'nyh lekarstvennyh preparatov v aptechnoj organizacii stavropol'skogo kraja // *Tendenciya razvitiya nauki i obrazovaniya*. – 2022. – № 81 (6). С. 15-18 (In Russ)].

7. Олейникова, Т. А., Пожидаева, Д. Н. Анализ тенденций развития фармацевтического рынка нестероидных противовоспалительных препаратов в России // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике. – 2018. – № 5. С. 14-20. [Olejnikova, T. A., Pozhidaeva, D. N. Analiz tendencij razvitiya farmacevticheskogo rynka nesteroidnyh protivovospalitel'nyh preparatov v Rossii // *Remedium. Zhurnal o rossijskom rynke lekarstv i medicinskoj tekhnike*. – 2018. – № 5. – С. 14-20 (In Russ)].

8. Белоусова, О. В., Белоусов, Е. А., Бугаёва, А. С. Мониторинг оказания фармацевтической помощи населению города Белгорода // Научный результат. Медицина и фармация. – Т. 2. – № 1 (7). 2016. – С. 48-53. [Belousova, O. V., Belousov, E. A., Bugayova, A. S. Monitoring okazaniya farmacevticheskoy pomoshchi naseleniyu goroda Belgoroda // *Nauchnyj rezul'tat. Medicina i farmaciya*. Т. 2. – № 1 (7). – 2016. – С. 48-53 (In Russ)].

9. Белоусов, Е. А., Белоусова, О. В. Влияние маркетинговых подходов на комплексные продажи в аптеке // Научный результат. Медицина и фармация. – 2015. – Т. 1. – № 3. – С. 137-142. [Belousov, E. A., Belousova, O. V. Vliyanie marketingovyh podhodov na kompleksnye prodazhi v apteke // *Nauchnyj rezul'tat. Medicina i farmaciya*. 2015. – Т. 1. – № 3. – С. 137-142 (In Russ)].

УДК 615.28

МАРКЕТИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АССОРТИМЕНТА АНТИСЕПТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Белоусова Е.В.¹, Рулин Е.Н.¹, Кущева Е.П.¹, Белоусов П.Е.¹,
Карасев М.М.², Киселева В.А.³, Белоусова О.В.⁴, Помазанов В.В.³, Белоусов Е.А.⁴
¹ГАОУ «Брянская областная больница № 1» (241028, г. Брянск, пр. Станке Димитрова, 86), e-mail: belousovea32@mail.ru

²ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева» (302026, г. Орёл, ул. Комсомольская, 95), e-mail: mikhailkaraseva@yandex.ru

³ГОУ ВО МО «Государственный гуманитарно-технологический университет», (142611, Московская область, г. Орехово-Зуево, ул. Зелёная 22), e-mail: kiselevam1v2@mail.ru

⁴ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», (308015, г. Белгород, ул. Победы, 85), e-mail: belousovea@mail.ru

Резюме. Представлены результаты маркетингового исследования ассортимента антисептических лекарственных средств (ЛС) в аптечной организации (АО), проведен внутригрупповой анализ структуры ассортимента и потребления ЛС. Полученные знания об ассортименте антисептических лекарственных средств позволят оптимизировать количество ассортиментных позиций, в том числе лекарственных средств, отсутствовавших в номенклатуре ассортимента аптечной организации, избежать заказа не востребованных потребителями ЛС, улучшить качество фармацевтической помощи населению, увеличить количество

постоянных клиентов, оптимизировать работу аптечной организации, увеличив выручку, и повысить рентабельность АО.

Ключевые слова: антисептические средства, прайс-лист, классификация ассортимента, страны-производители.

MARKETING RESEARCH OF ANTISEPTIC PRODUCTS

Belousova E.V.¹, Rulin E.N.¹, Kushcheva E.P.¹, Belousov P.E.¹, Karasev M.M.², Kiseleva V.A.³, Belousova O.V.⁴, Pomazanov V.V.³, Belousov E.A.⁴

¹*Bryansk Regional Hospital No. 1 (86 Stanke Dimitrov ave., Bryansk, 241028), e-mail: belousovea32@mail.ru*

²*I.S. Turgenev Orel State University (95 Komsomolskaya Str., Orel, 302026), e-mail: mikhailkarasev@yandex.ru*

³*State University of Humanities and Technology, (22 Zelenaya Str., Orekhovo-Zuyevo, Moscow region, 142611), e-mail: kiselevam1v2@mail.ru*

⁴*Belgorod State National Research University, (85 Pobeda St., Belgorod, 308015) e-mail: belousovea@mail.ru*

Abstract. The results of the marketing research of antiseptic drugs in a pharmacy organization are presented. The range and consumption of drugs are analyzed. The obtained data will make it possible to improve and enlarge the range of medicines in the pharmacy organization, to avoid ordering medicines that are not in demand, to increase the number of regular customers, to improve the quality of pharmaceutical care to the population, to make the pharmacy more efficient generating more revenue and improving its profitability.

Keywords: antiseptics, price list, assortment structure, manufacturing countries.

Введение

В настоящее время факторы современной, часто агрессивной внешней среды отрицательно сказываются на функциональном состоянии человека и животных. Различные инфекционные и вирусные заболевания возникают вследствие соприкосновения с предметами, уже инфицированными патогенными микроорганизмами [1, 2, 3, 4].

Периодически возникающие повреждения слизистой оболочки и кожного покрова требуют своевременной обработки для предотвращения проникновения патогенных микроорганизмов в раневую поверхность, и антисептические средства способны предотвратить инфицирование и способствовать заживлению образовавшихся раневых поверхностей, что благотворно влияет на здоровье человека. Лечебный процесс в медицинских и ветеринарных

организациях, безусловно, нуждается в антисептических средствах, как и нормальное функционирование санитарно-дезинфекционного режима. Абсолютное большинство антисептиков, применяемых населением в бытовых условиях и применяемых в лечебно-профилактических организациях, приобретаются в аптечных организациях [1, 2, 3, 4].

Современная фармацевтическая промышленность располагает большим ассортиментом антисептических средств, что говорит о востребованности этой группы лекарственных средств как в больничном (ни одна хирургическая операция не проходит без использования антисептиков), так и в розничном аптечном сегментах. Антисептические средства являются важной составляющей ассортимента [4, 5, 6, 7].

Материалы и методы: структурный, графический, аналитический, контент-анализ.

Основное содержание

В результате маркетинговых исследований прайс-листа в аптечной организации определена структура ассортимента лекарственных средств (ЛС), обладающих антисептическим действием, выделены 42 ЛС из 8 АТХ-групп, произведен внутригрупповой анализ структуры ассортимента и потребления ЛС.

Анализ ассортимента по АТХ-классификации выявил, что D08AC

«Бигуаниды и амиды» составляют 12%, D08AX «Прочие антисептики и дезинфицирующие средства» – 47%, V03AB «Антидоты» – 5%, R07AB «Стимуляторы дыхания» – 7%, D08AG «Препараты йода» – 7%, D08AD «Борная кислота и ее препараты» – 10%, D08AJ «Четвертичные аммониевые соединения» – 7%, D02AX «Дерматопротекторы другие» – 5%.

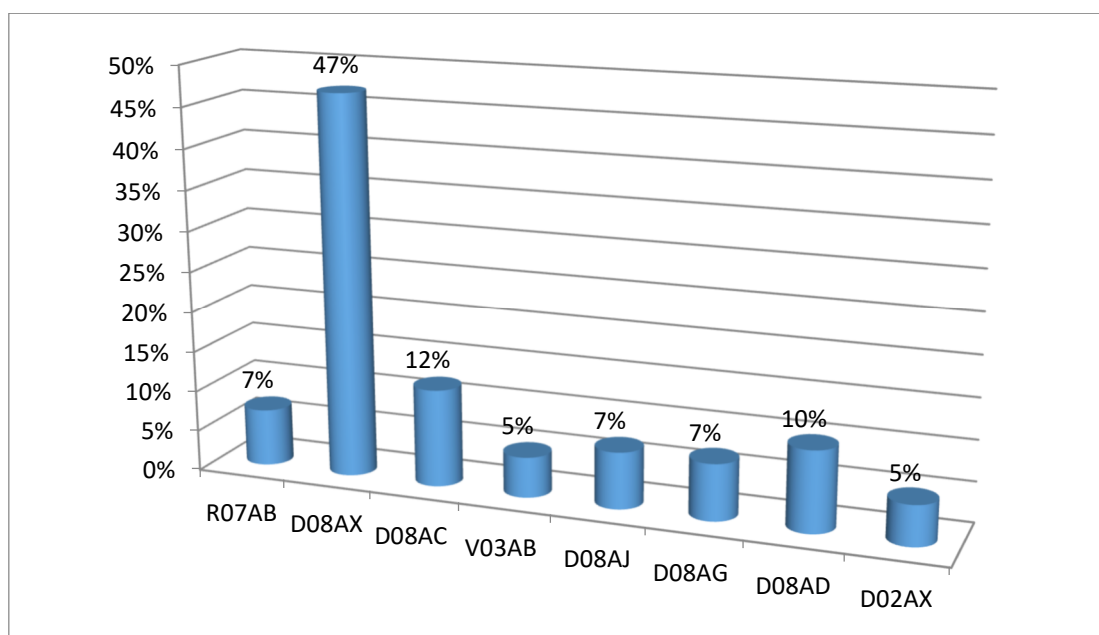


Рис. 1. Сегментация ЛС по АТХ-классификации, %

Доминирующее положение в структуре ассортимента занимают монокомпонентные

ЛС – 78%, в то время как комбинированные ЛС – 22% (рис. 2).



Рис. 2. Структура ассортимента по количеству активных субстанций в ЛС, %

Анализ ассортимента по производственной принадлежности показал, что ЛС отечественного производства определяют 88%, производства Беларуси – 5%, производства Франции – 7% (рис. 3).



Рис. 3. Сегментация ассортимента ЛС в зависимости от страны-производителя, %

Далее ассортимент исследован по агрегатному состоянию. В структуре ассортимента максимально востребованы жидкие лекарственные формы (ЖЛФ) – 90%, доминирование которых говорит об удобстве в применении; всего 10% приходится на твердые лекарственные формы (ТЛФ) (рис. 4).

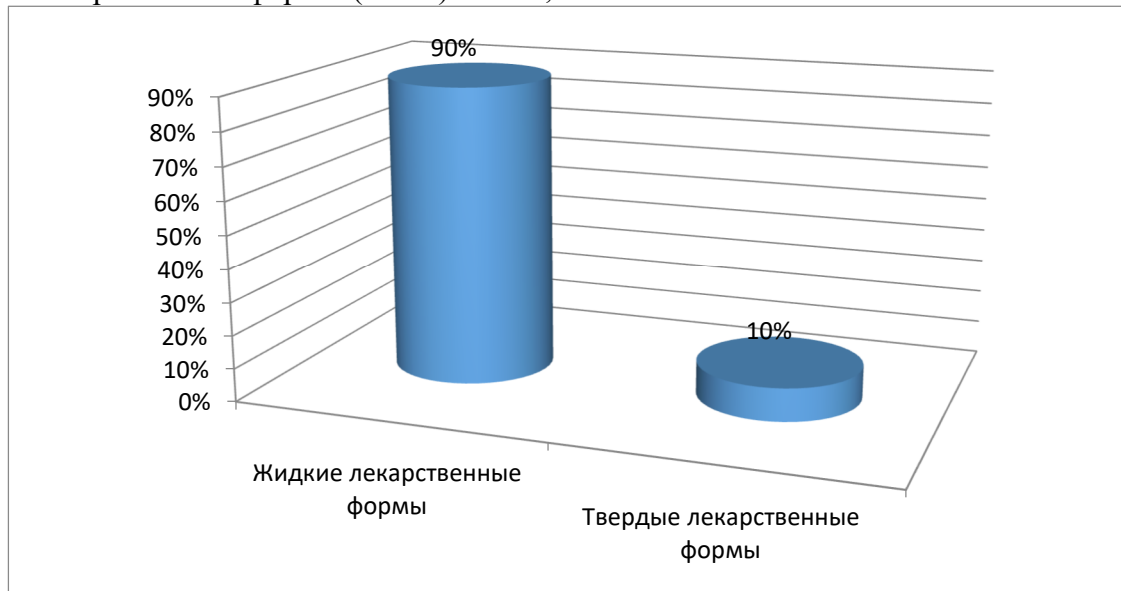


Рис. 4. Сегментация по агрегатному состоянию ЛФ, %

Исследование ЖЛФ в зависимости от вида растворителя определило: имеющие водную основу составляют 52%, имеющие в своем составе этанол – 48% (рис. 5).

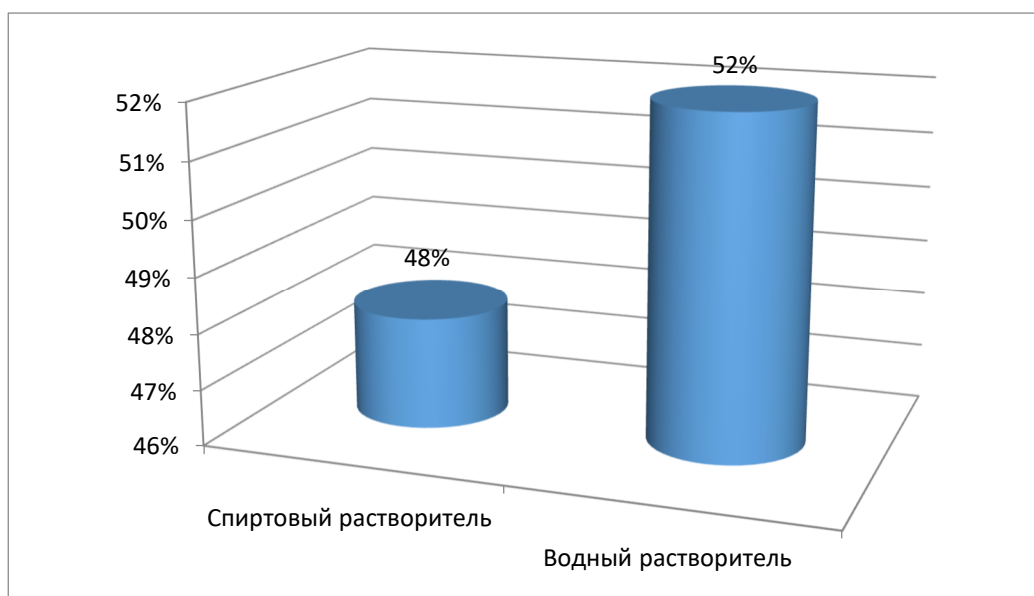


Рис. 5. Сегментация ассортимента ЛС в зависимости от вида растворителя, %

Проведенное исследование ассортимента ЛС по свойству субстанции оставлять окрашенный след, не смываемый обычной санитарно-гигиенической обработкой, на

таре, укупорочных средствах, оборудовании и инвентаре определило, что красящими являются 24% ЛС, не обладающие красящими свойствами – 76% (рис. 6).

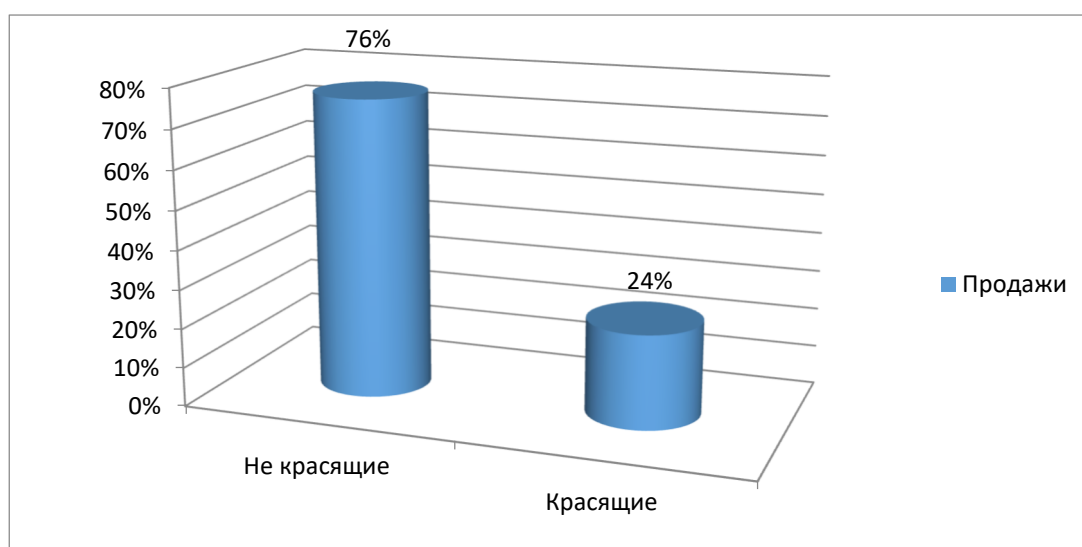


Рис. 6. Распределение ассортимента ЛС по свойству окрашивания, %

Далее произведен анализ ассортимента ЛС по способам учета. Определено, что 19% исследуемого ассортимента подлежит

предметно-количественному учету (ПКУ) в АО; 81% не стоит на предметно-количественном учете (рис. 7).

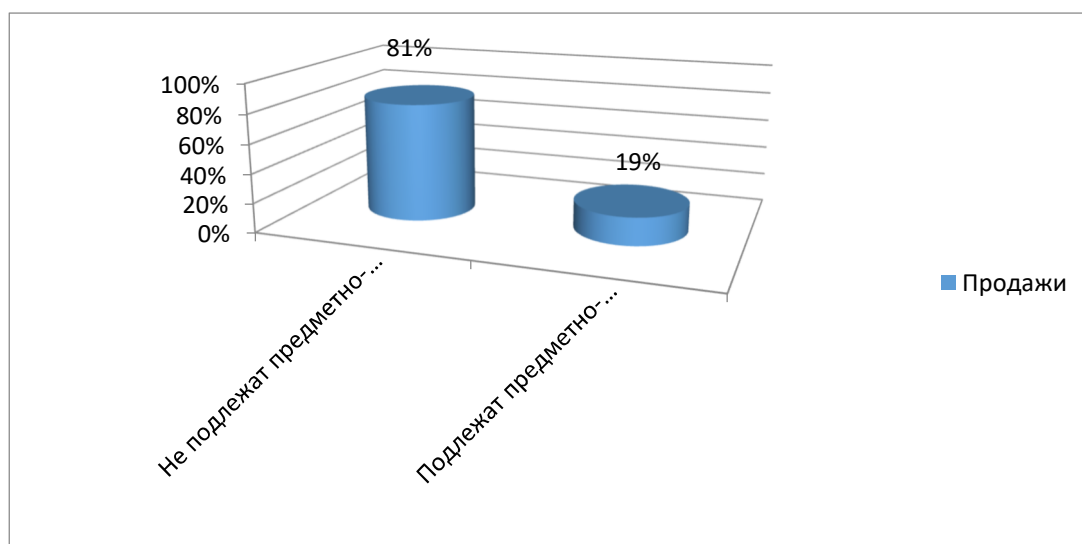


Рис. 7. Распределение ассортимента ЛС в зависимости от степени учета в аптеке, %

По годам регистрации ЛС на рынке определено: в 2010 году зарегистрировано 24% ЛС; в 2012 году – 20%; в 2009 и 2011 годах – по 7%; в 2021 и 2022 годах – по 14%; в 2015 и 2018 годах – по 5%; в 2019 и 2023 годах – по 2% ассортиментных позиций (рис. 8).

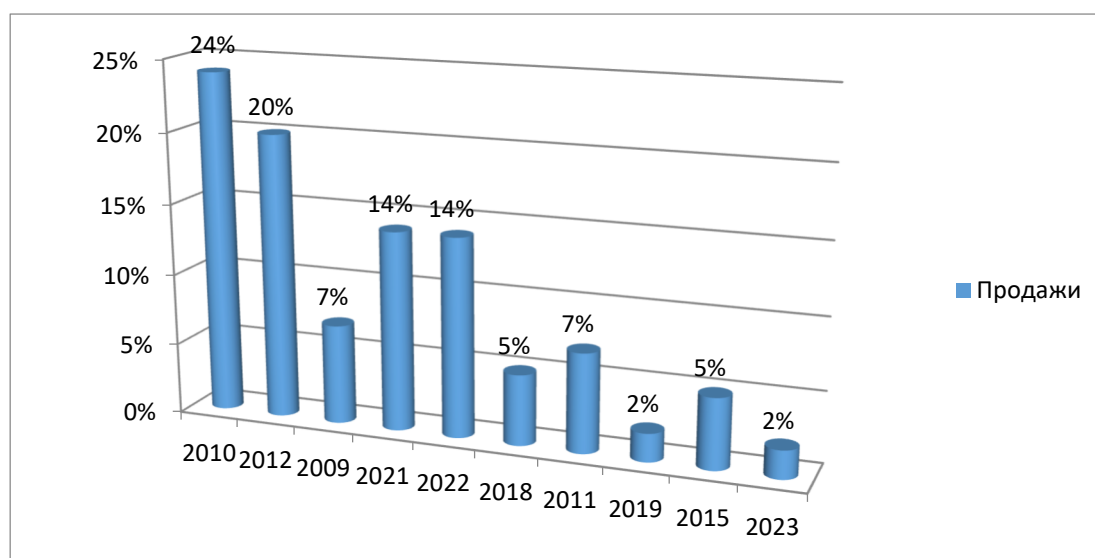


Рис. 8. Сегментация ЛС по датам регистрации, %

Заключение

Исследование показало, что структуру ассортимента антисептических ЛС формируют 42 ассортиментные позиции ЛС из 8 АТХ-групп. АТХ-группа D08AX составляет 47% исследуемого ассортимента; монокомпонентные ЛС составляют 78%; произведенные в РФ – 88%; жидкие ЛФ – 90%; препараты на водной основе – 52%; не обладающие свойством окрашивания – 76%; не стоящие на ПКУ – 81%; зарегистрированы в 2010 году – 24% от исследуемого ассортимента ЛС.

Более детальное исследование ассортимента антисептических лекарственных средств позволит фармацевтическим работникам максимально оптимизировать ассортимент данного сегмента в аптечной организации и способствовать продвижению данной группы препаратов на фармацевтическом рынке, улучшив экономические показатели АО.

Список литературы / References

1. Мелешкина, С. Р., Волкова, С. В. Антисептические средства в ветеринарии // Современные наукоемкие технологии. – 2016. – № 4. – С. 56-57. [Meleshkina, S. R., Volkova, S. V. Antisepticheskie sredstva v veterinarii // Sovremennye naukoemkie tekhnologii. – 2016. – № 4. – S. 56-57 (In Russ)].
2. Квашнина, Д. В., Ковалишена, О. В. Оценка применения хлоргексидина как антисептического средства // Медицинский альманах. – 2016. – № 3 (43). – С. 62–66. [Kvashnina, D. V., Kovalishena, O. V. Ocenka primeneniya hlorgeksidina kak antisepticheskogo sredstva // Medicinskij al'manah. – 2016. – № 3 (43). – S. 62–66 (In Russ)].
3. Морозов, А. М., Сергеев, А. Н., Кадыков, В. А. и др. Современные антисептические средства в обработке операционного поля // Вестник современной клинической медицины. – 2020. – Т. 13, вып. 3. – С. 51–58. [Morozov, A. M., Sergeev, A. N., Kadykov, V. A. i dr. Sovremennye antisepticheskie sredstva v obrabotke operacionnogo polya // Vestnik sovremennoj klinicheskoy mediciny. – 2020. – T. 13, vyp. 3. – S. 51–58 (In Russ)].
4. Белоусов, Е. А., Новикова, Е. О., Белоусова, О. В., Карасев, М. М., Ватников, Ю. А., Сахно, Н. В., Новиков, О. О. Анализ ассортимента антисептических и дезинфицирующих средств для ветеринарного применения на российском рынке // Ветеринарный фармакологический вестник. 2023 ; 2 (23) ; С. 91-104. [Belousov, E. A., Novikova, E. O., Belousova, O. V., Karasev, M. M., Vatnikov, Yu. A., Sahno, N. V., Novikov, O. O. Analiz assortimenta antisepticheskikh i dezinficiruyushchih sredstv dlya veterinarnogo primeneniya na rossijskom rynke // Veterinarnyj farmakologicheskij vestnik. 2023 ; 2 (23) ; S. 91-104 (In Russ)].
5. Белоусова, О. В., Киселева, В. А., Белоусова, Е. В., Белоусов, П. Е., Карасев, М. М., Помазанов, В. В., Белоусов, Е. А. Реклама как инструмент продвижения лекарственных средств // Медицинское образование сегодня. 2025. № 1 (29). С. 66-71. [Belousova, O. V., Kiseleva, V. A., Belousova, E. V., Belousov, P. E., Karasev, M. M., Pomazanov, V. V., Belousov, E. A. Reklama kak instrument prodvizheniya lekarstvennyh sredstv // Medicinskoe obrazovanie segodnya. 2025. № 1 (29). S. 66-71 (In Russ)].
6. Белоусов, Е. А., Белоусова, О. В. Влияние маркетинговых подходов на комплексные продажи в аптеке // Научный результат. Серия : Медицина и фармация. 2015. Т. 1. № 3. С. 137-142. [Belousov, E. A., Belousova, O. V. Vliyanie marketingovyh podhodov na kompleksnye prodazhi v apteke // Nauchnyj rezul'tat. Seriya : Medicina i farmaciya. 2015. T. 1. № 3. S. 137-142 (In Russ)].
7. Белоусова, О. В., Белоусов, Е. А., Герасимова, О. В. Маркетинговый анализ ассортимента лекарственных средств для лечения атопического дерматита // Научный результат. Медицина и фармация. 2016. Т. 2. № 3. С. 41-48. [Belousova, O. V., Belousov, E. A., Gerasimova, O. V. Marketingovyy analiz assortimenta lekarstvennyh sredstv dlya lecheniya atopicheskogo dermatita // Nauchnyj rezul'tat. Medicina i farmaciya. 2016. T. 2. № 3. S. 41-48 (In Russ)].

УДК614.2:616.62-002-037]-055.2(470.342)

ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ О ПРОБЛЕМЕ ЦИСТИТА СРЕДИ СТУДЕНТОК МЕДИЦИНСКОГО И ГУМАНИТАРНОГО ВУЗОВ

Комина К.А., Попова А.С., Григорович М.С.

ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112), e-mail: ksenyakomina@mail.ru

Резюме. Настоящая публикация посвящена оценке состояния информированности женского населения г. Кирова о проблеме инфекций мочевых путей. Анализ результатов интервьюирования, проведенного на основе авторской анкеты, показал, что несмотря на распространенность данного заболевания в женской популяции более половины респондентов не имеют достаточных представлений по данной теме. Выявлен недостаточный уровень знаний о симптомах, механизмах развития, провоцирующих факторах заболевания. Более половины опрошенных сталкивались с проблемой выбора врача и тактики лечения. Каждый второй респондент подтвердил необходимость более активного просвещения женщин об особенностях данной патологии, возможностях профилактики и действиях в случае появления ее симптомов.

Ключевые слова: цистит, информированность, провоцирующие факторы, самолечение, проблемы пациентов.

ASSESSMENT OF KNOWLEDGE AND AWARENESS OF CYSTITIS AMONG UNIVERSITY STUDENTS OF KIROV

Komina K.A., Popova A.S., Grigorovich M.S.

Kirov State Medical University, Kirov, Russia (610027, Kirov, 112 K. Marks St.), e-mail: ksenyakomina@mail.ru

Avstract. This paper is devoted to assessing knowledge and awareness of the female population of Kirov regarding urinary tract infections. (UTIs). The survey of students of Kirov State Medical University and Kirov State University has been carried out. The data have been collected and analized using the authors' questionnaire. The results show that despite the disease prevalence in the female population, more than half of the respondents have insufficient knowledge of the symptoms, mechanisms of development, and predisposing factors of the disease. More than half of the respondents faced the problem of choosing a doctor and treatment option. Every second respondent supports the idea of more active education of women about UTIs, self-care and prevention.

Keywords: cystitis, awareness, predisposing factors, self-medication, patient problems.

Введение

Цистит у женщин представляет собой широко распространенную проблему, связанную с развитием инфекций мочевых путей (ИМП). Данное заболевание встречается повсеместно и часто носит рецидивирующий характер, приводя к временной нетрудоспособности и снижая качество жизни пациенток [1]. В связи с нередко неожиданной манифестацией процесса, острым характером течения, ярко выраженной симптоматикой ИМП представляют для больных серьезные неудобства.

Часто большинство женщин при появлении симптомов инфекционного процесса сталкиваются с рядом трудностей: к какому врачу обращаться, какое лечение применять при впервые возникшем цистите и при его обострении. Вышеуказанное приводит к появлению ряда других проблем: женщины стараются самостоятельно разрешить возникшую ситуацию через различные интернет-форумы, обращаются за советом к подругам/знакомым. Недостаточный уровень знаний о негативном влиянии заболевания в случае самолечения, нежелание обращаться за медицинской помощью при появлении признаков ИМП или невыполнение рекомендаций лечащего врача приводят к циклическому течению болезни с частыми рецидивами, что увеличивает затраты на лечение и продолжительность временной нетрудоспособности. Особенно важно отметить актуальность проблемы для женщин фертильного возраста, так как определена роль ИМП на их репродуктивную функцию. Вышеперечисленное также

объясняет социально-экономическую значимость данной патологии [2-3].

Цель работы: оценить состояние осведомленности по проблеме инфекций мочевых путей и распространенность самолечения среди студенток медицинского и гуманитарного вузов.

Материалы и методы исследования: В основу исследования положены принципы интервьюирования на основе авторской анкеты в формате «Google-опрос». При составлении анкеты использовали материалы клинических рекомендаций по теме «Цистит у женщин» [2]. В анкету были включены вопросы, выявляющие исходный уровень информированности населения об ИМП, распространенность данной проблемы и факторов риска ее развития и распространенность самолечения. В опросе приняли участие 123 респондента женского пола – жительниц г. Кирова в возрастных группах: 18-20 лет (22,0%) и 21-25 лет (78,0%) (средний возраст $21,0 \pm 0,2$ год). Интервьюирование проводили на базе двух ведущих университетов г. Кирова: Кировского государственного медицинского университета (62 чел.) и Вятского государственного университета (61 чел.). Работа выполнена в период с февраля по сентябрь 2024 года в рамках научно-исследовательской практики студентов 5 курса специальности «Лечебное дело».

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программы Microsoft Excel. Для оценки достоверности использовали критерий Хи-квадрат. Различия двух показателей считались достоверными при $p < 0,05$.

Основное содержание

При оценке ответов респондентов было установлено, что 26,0% и 76,0% ($p=0,087$) опрошенных из Кировского ГМУ и ВятГУ соответственно недостаточно осведомлены о значении понятия «цистит». При сравнении информированности о топике воспалительного процесса с точки зрения вовлечения анатомической структуры информированность закономерно оказалась выше среди участников опроса из Кировского ГМУ, что связано с наличием определенного

уровня знаний ввиду специфики обучения ($p=0,029$). При выборе признаков, характерных для ИМП, доля неверных ответов среди студенток Кировского ГМУ составила 76,0%, а у студенток ВятГУ – 86,0% ($p=0,187$) [2].

В вопросе об основных факторах риска развития заболевания также были допущены ошибки в 86,0% и в 76,0% случаев ($p=0,159$) среди участников Кировского ГМУ и ВятГУ соответственно. При анализе ответов о

причинах данной патологии было установлено, что почти все респонденты (96,0 %) независимо от места обучения знают лишь о роли бактериальной флоры в развитии воспаления при ИМП и совершенно не осведомлены о важности других факторов, провоцирующих заболевание [2]. Каждый второй участник (54,0 %) опроса независимо от места обучения подтверждал факт наличия как минимум одного эпизода ИМП в течение жизни, что еще раз подтверждает высокую распространенность патологии.

При распределении симптомов болезни по их распространенности рейтинг ответов респондентов, указавших в анамнезе наличие цистита, сформировался следующим образом: 1) мочеиспускание малыми порциями (66,0%), 2) учащенное мочеиспускание и 3) ложные позывы к мочеиспусканию (по 54,0%), 4) болезненное мочеиспускание (50,0%), 5) жжение во время мочеиспускания (41,0%) [2].

При оценке отношения к лечению выявлено, что с появлением симптомов ИМП 43,0% опрошенных студенток медицинского университета обращались за помощью к врачу, чаще к гинекологу (54,0%) или к терапевту и урологу (по 46,0%), в то время как каждая третья из них (35,0%) применяла самолечение (применяли лекарственные средства 92,0%, использовали методы народной медицины 28,0% опрошенных). Реже участники опроса сообщали об игнорировании симптомов и не применяли лечения (22,0%). Респонденты из гуманитарного вуза чаще обращались за помощью к врачу (68,0%), преимущественно к врачу-гинекологу (70,0%), а также к

терапевту (50,0%) и к урологу (20,0%). Однако почти каждый третий (29,0%) также занимался самолечением (применяли лекарственные средства в 95,0% случаев, использовали методы народной медицины в 30,0% случаев), и значительно реже относительно студентов медицинского вуза не лечились совсем (3,0%) [4]. При сравнении полученных данных было установлено, что отношение к лечению зависит от места обучения ($p=0,039$).

Анализ ответов студентов медицинских специальностей о наличии рецидивов заболевания показал, что почти у половины из них отмечено появление повторных случаев ИМП (48,0 %), которые рецидивировали с частотой до 3 раз в год (56,0). У студенток, не связанных с медицинской сферой в обучении, доля рецидивов, по данным опроса, была вдвое реже, тогда как большинство участников данной группы (80,0%) впоследствии не сталкивались с новыми эпизодами ИМП ($p=0,015$), что совпадает с данными о распространенности рецидивирующих форм по результатам других исследований [5].

При анализе мнений опрошенных о необходимости изменений в системе оказания медицинской помощи при ИМП с целью повышения ее доступности большинство участников обеих групп (67,0%) указали на необходимость просвещения на предмет проявления, опасности заболевания, его профилактики и информирования о возможности и месте получения помощи и специалистах, к которым следует обратиться для диагностики и лечения.

Заключение

Проблема недостаточной информированности женского населения и самолечения при ИМП не теряет свою актуальность на сегодняшний день. Результаты анкетирования показали, что существует много заблуждений в вопросах об особенностях воспалительных заболеваний мочевого пузыря и поведении респондентов при возникновении симптомов ИМП. Мнение

респондентов в ряде вопросов расходится в зависимости от профиля получаемого образования. Студентки медицинского вуза в сравнении со студентками гуманитарного вуза демонстрируют большую уверенность в самолечении и тем самым больше подвержены риску рецидивирующих форм инфекции.

Список литературы / References

1. Плеханов, А. Н., Дамбаев, А. Б. Инфекция мочевых путей : эпидемиология, этиология, патогенез, факторы риска, диагностика (обзор литературы) // *Acta Biomedica Scientifica*. – 2016. – Т. 1. – № 1. – С. 70-74. <https://doi.org/10.12737/21490>
2. Клинические рекомендации «Цистит у женщин». Под ред. Общероссийской общественной организации «Российское общество урологов», 2021. [Clinical recommendations "Cystitis in women" edited by the All-Russian public organization "Russian Society of Urologists", 2021 (In Russ)].
3. Зайцев, А. В., Перепанова, Т. С., Гвоздев, М. Ю., Арефьева, О. А. Инфекции мочевыводящих путей. Часть 1 // Методические рекомендации. – 2017. – № 57. – С. 32.
4. Стрельцова, О. С., Крупин, В. Н. Цистит : диагностика и лечение : учебное пособие. 3-е изд. Н. Новгород : Издательство Нижегородской гос. медицинской академии, 2018. – С. 48.
5. Ходырева, Л. А., Зайцев, А. В., Берников, А. Н., Куприянов, Ю. А., Строганов, Р. В., Арефьева, О. А. Острый и рецидивирующий цистит. Что нам известно? РМЖ. – 2020. – № 11. – С. 69-74.