

ing pregnancy / M.F. Cotch, S.L. Hillier, R.S. Gibbs, D.A. Eschenbach // Am. J. Obstet. Gynecol.-1998.- Vol. 178, №2 - P.174-180.

22.Faro, S. Vaginal flora and pelvic inflammatory disease/ S.Faro// An. Overview J. Reprod. Med.- 1998.- Vol. 33, Suppl.6.- P. 566-570.

23.Geiger, A.M. Risk factors of vulvovaginal candidiasis/ A.M. Geiger, B. Foxman // Epidemiology.-1996.- Vol. 7, №2. - P.182-187.

24.Incidence of uncomplicated genital infections in women, using oral contraception or intrauterine device: a prospective study / D.Avonts, M.Sercu, P. Heyeric et al.// Sex. Transm. Dis.-1990.- Vol. 17, №1.-P.23-29.

25.Methods of contraception and rates of genital infections/ M.Ceruti, M. Canestrelly, V.Condemi // Clin. Exp. Obstet. Gynecol.-1994.- Vol 21, №2.-P.119-123.

26.Meyer, H. Psychosocial risk factors in vulvovaginal mycosis. A multivariate long-term study / H.Meyer, S. Gottlicher // Mycoses.-1998.- Vol. 41, №2.-P.49-51.

27.Moi, H. Prevalence of bacterial vaginosis and its association with genital infections, inflammation and contraceptive methods in women at-

tending sexually transmitted disease and primary health clinic/ H. Moi // Int.J.STD.AIDS.-1990.- Vol. 1, №2.-P.86-94.

28.Overmann, B. The vagina as an ecologic system: Current understanding and clinical applications. / B. Overmann // J. Nurse Midwifery. - 1993.- Vol. 38, №3.-P.146-151.

29.Roy, S. Nonbarrier contraceptives and vaginitis and vaginosis / S. Roy // Am. J. Obstet. Gynecol.-1991.- Vol. 165, №4.-P.1240-1244 Oral contraceptive use and vaginal Candida colonization / A.Schmidt, C.F. Idechen, W.Mendling et al. // Zentralbl. Gynakol.-1997.- Vol. 119, №11.-P.49-53.

30.Suppression of anti-Candida activity of murine neutrophils by progesterone in vivo: a possible mechanism in pregnant women's vulnerability to vaginal candidiasis/ T. Nohmi, S. Abe, K. Dobashi et al.// Microbiol. Immunol.-1996.-Vol. 40, №3.- P. 217-222.

31.Trends in female sexual behaviour and sexually transmitted diseases in London, 1982-1992 / B.A. Evans, S.M. McCormack, P.D. Kell et al. // Genitourin.Med.-1995.- Vol. 71, №5.-P.286-290.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Седов А.П., Парфенов И.П., Карначев А.А.

Кафедра хирургических болезней БелГУ, зав., профессор, д.м.н. Седов А.П.

Управление здравоохранения администрации Белгородской области,
главный хирург, д.м.н. Парфенов И.П.

Актуальность темы: За последние годы заболеваемость желчекаменной болезнью во всем мире резко возросла. По мнению ряда ученых, это связано с изменением образа жизни человека, увеличивающимся потреблением рафинированных продуктов, возрастанием нервно-психического напряжения (Устинов Г.Г., Шойхет Я.Н. 1997; Шерлок Ш., Дули Д.Ж. 1999). Холецистэктомия стала наиболее частой в мире операцией после аппендэктомии. Число операций на выводящих желчекаменных путях также неуклонно растет с каждым годом, что связано с увеличением частоты развития желчекаменной болезни и улучшением диагностики холедохолитиаза.

Материалы и методы: Проанализированы результаты лечения 4857 больных с различными формами ЖКБ в 21 админист-

ративном районе Белгородской области и Областном центре за 2002 г. В ЛПУ областного центра лечение получили 2117 больных, в ЛПУ районов 2740. Соотношение экстренных и плановых госпитализаций больных с ЖКБ в ЛПУ области составило – 1:3,2, в ЛПУ районов – 1:3,97.

Результаты и обсуждение: В структуре нозологических форм пролеченных больных преобладают лица с неосложненной ЖКБ, это связано с широким распространением в лечении данной категории больных малотравматичной видеолaparаскопической холецистэктомии. Все лечебные учреждения областного центра (ОКБ, городская клиническая больница №1 и №2, а так же ЛПУ городов Старый Оскол, Губкине, Алексеевке, Шебекино) оснащены видеолaparаскопическими стойками.

**Структура нозологических форм
и количество пролеченных больных**

Нозологическая форма	ЛПУ областно- го центра	ЛПУ районов	Всего
Неосложненная ЖКБ	1455	1156	2611
Осложненная острым процессом или обострением хронического в т.ч. с перитонитом	627	1033	1660
Осложненная холедохолитиазом	485	85	570
Осложненная патология БСДК	14	2	16

Таблица 2

Вид оперативного вмешательства	ЛПУ областного центра	ЛПУ районов	Всего
Традиционная открытая операция	298	105	373
Лапароскопическая холецистэктомия	747	570	1317
Операции из мини-доступа	46	-	46
ЭПСТ	197	23	220
Всего	1288	698	1986

Количество выполненных холецистэктомий к общему числу пролеченных больных составило 1:2,7 это связано с тем, что ряд больных с острым процессом или обострением хронического, печеночной коликой после курса консервативной терапии в ЛПУ районов направляется для планового оперативного лечения в ЛПУ крупных административных районов для выполнения видеолапароскопических холецистэктомий, а больные с осложненной ЖКБ в ОКБ.

Сочетанные оперативные вмешательства в регионе при ЖКБ чаще всего выполняются в ЛПУ областного центра, как правило, при холецистэктомии выполняется

грыжесечение, вмешательства на органах малого таза. Наиболее частыми причинами вмешательств на внепеченочных желчных протоках являются диагностированные интраоперационные (по данным ИОГХ) конкременты общего желчного протока, явление гнойного холангита, наличие внутренних свищей холедоха с желчным пузырем и 12 перстной кишкой, стенозы БСДК, пороки развития или неустраненные дооперационно с использованием малоинвазивных эндоскопических технологий нарушения желчеоттока (крупные размеры конкрементов в холедохе, состояние после резекции желудка по Б- II, дивертикулы, стенозы БСДК и т.д.).

Преобладающие послеоперационные осложнения

Осложнения	ЛПУ областного центра	ЛПУ районов
Нагноение п/о раны	0,8%	1,2%
Эвентрация	-	0,1%
Резидуальный холедохолитиаз	0,17%	0,28%
Несостоятельность культи пузырного протока, перитонит	0,1%	0,17%
Пневмония	0,57%	0,86%
ТЭЛА, острая сердечно-сосудистая недостаточность, ОНМК	0,1%	0,1%
Острая почечно-печеночная недостаточность	0,34%	0,05%
Холангит, холангиогенные абсцессы печени, сепсис	0,28%	-

В целом по области послеоперационная летальность составила 1,8% (в ЛПУ областного центра 2,2%, ЛПУ районов – 0,5%). Большая послеоперационная летальность в ЛПУ области связана с тем, что все больные с осложненными формами ЖКБ концентрируются в центре хирургии печени и поджелудочной железы ОКБ. Основными причинами смерти больных в послеоперационном периоде является длительная ме-

ханическая желтуха с развитием почечно-печеночной недостаточности, гнойный холангит с холангиогенными абсцессами печени, билиарный панкреонекроз при ущемлении конкремента в ампуле БСДК, ТЭЛА, острая сердечно-сосудистая недостаточность, ОНМК у больных пожилого и старческого возраста, полиорганная недостаточность у больных с запущенными формами желчного перитонита.

Средние статистические показатели лечения больных в регионе

Показатели	ЛПУ областного центра	ЛПУ районов
Средний предоперационный койко-день при ЖКБ	2,6 ± 0,7	3,2 ± 0,5
Предоперационный койко-день у плановых больных	2 ± 0,3	2,5 ± 0,4
Предоперационный койко-день у экстренных больных	1,7 ± 0,4	2,2 ± 1,4
Средняя продолжительность пребывания в стационаре больных с ЖКБ	9 ± 3,1	11 ± 3,5
Продолжительность пребывания в стационаре плановых больных	6 ± 1,2	7 ± 1,5
Продолжительность пребывания в стационаре экстренных больных	8 ± 1,5	11 ± 2,7

Выводы:

1. Холецистэктомия в Белгородской области занимает второе место по частоте среди всех интраабдоминальных вмешательств после аппендэктомий.

2. Видеолапароскопическая холецистэктомия составляет 95,5% всех лапароскопических вмешательств.

3. Отмечается неуклонный рост больных с ЖКБ, требующих лечения в общехирургических стационарах, поскольку амбулаторная помощь (стационар на дому и т.д.) не оказывается.

4. Меньшая длительность пребывания больных в стационаре с неосложненной ЖКБ и низкая послеоперационная леталь-

ность диктует необходимость более широкого распространения плановых вмешательств. в частности ВЛХЭ являющейся "золотым стандартом лечения" данной категории больных.

5. Увеличение числа больных с осложненной ЖКБ, имеющих большее число послеоперационных осложнений и послеоперационную летальность обуславливает необходимость более широкого направления таких больных в ЛПУ областного центра, в частности в центр хирургии печени и поджелудочной железы, где накоплен достаточный опыт и имеется необходимая аппаратура для лечения данной категории больных.

ВЫБОР ПАЛЛИАТИВНОГО МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

*Седов А.П., Парфенов И.П.,
Карпачев А.А., Луценко В.Д., Мишустин А.М.*

Белгородский государственный университет, кафедра хирургических болезней,
Межтерриториальный центр хирургии печени и поджелудочной железы черноземья
(руководитель центра, заведующий кафедрой, д-р мед. наук, профессор Седов А.П.)

Актуальность темы. Рост заболеваемости, наряду с улучшением диагностики рака панкреатодуоденальной зоны, привел к увеличению числа больных, требующих оперативного лечения. По данным Zollinger, только в 1/6 всех случаев рака поджелудочной железы может быть произведена радикальная операция, в половине случаев – лишь паллиативный билиодигестивный анастомоз и в одной трети не может быть предпринято вообще никакого вмешательства. Однако, при радикальных и паллиативных вмешательствах сохраняется высокая операционная летальность, поэтому совершенствование методов хирургического лечения этого контингента больных.

Материал и методы исследования. В Межтерриториальном центре Черноземья хирургии печени и поджелудочной железы с 1977 по 2001 находились на лечении 576 больных с раком ПДЗ, из них мужчин было 345 (60%), женщин 231 (40%). Наиболее молодому больному было 33 года, наиболее старому – 83, средний возраст составил 62,1 г. Среди этой группы больных паллиативному хирургическому лечению подверглись – 459 (79,7%), мужчин было 271(59%), женщин 188 (41%).

Удельный вес различных локализаций рака выглядит следующим образом.