

этой группе больных не отмечены, у 16 – 2-я, гнойно-воспалительные осложнения развились в четырех случаях – 25% (нагноение послеоперационной раны), у 12 – 3-я, гнойные осложнения развились у 7 больных – 58,3% (нагноение послеоперационной раны – 6, подпеченочный воспалительный инфильтрат -1), у 7 – 4-я степень, гнойно-воспалительные осложнения после операции отмечены у 6 – 85,7% (подпеченочный абсцесс – 2, подпеченочный воспалительный инфильтрат -4), у 1 – 5-я степень – больная умерла от септического шока на 10 сутки после операции (100%).

Благодаря достоверным прогностическим критериям диагностического алгоритма, которые были подтверждены клиническими исследованиями, нам удалось: 1) выделить группы риска больных с возможными послеоперационными гнойно-воспалительными осложнениями, 2) своевременно комплексно воздействовать на иммунологическую реактивность больных, на первичный гнойный очаг. Указан-

ные профилактические мероприятия позволили снизить процент гнойно-воспалительных осложнений после холецистэктомии у больных острым калькулезным холециститом в пожилом и старческом возрасте с 22,2 до 14,2.

Таким образом, использование диагностического алгоритма для прогнозирования гнойно-воспалительных осложнений после холецистэктомии показало его высокую диагностическую информативность, что, по нашему мнению, позволяет рекомендовать его к практическому применению.

Литература

1. Звягин А.А. Интенсивная терапия хирургического сепсиса / А.А. Звягин, С.Ю. Слепнев // Хирургия. – 1999. – N 10. – С.16-20.
2. Прогнозирование ближайших результатов оперативного лечения при обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза / Н.П. Макарова [и др.] // Вестн. хир. – 1999. – N 6. – С. 40 – 42.
3. Решетников Е.А. Нерешенные вопросы диагностики и лечения хирургического сепсиса / Е.А. Решетников, Г.Ф. Шипилов, М.В. Чуванов // Раны и раневая инфекция. Международная конференция. – М.: Институт хирургии им А.В. Вишневского, 1998. – С.229-231.
4. Решетников Е.А. Дискуссионные вопросы диагностики и лечения хирургического сепсиса / Е.А. Решетников, Г.Ф. Шипилов, М.В. Чуванов // Хирургия. – 1999. – N 10. – С.13-15.
5. Lemeshow S. Comparison of methods to predict mortality of intensive care units patients S. Lemeshow [et al.] // Crit. Care Med. – 1988. – Vol. 15. – N 8. – P.715-722
6. Dellinger E.P. Use of scoring systems to assess patients with surgical sepsis / E.P. Dellinger // Surg. Clin. N. Am. – 1988. – Vol. 68, N 1. – P.123-145.
7. Myron B. Sepsis – Myth and Fact / B. Myron // Laver International Postgraduate Course. – Switzerland, 1997. – Vol. 17, N 3. – P.18-20.
8. Ornan D.A. Pulmonary clearance of adrenomedullin is reduced during the late stage of sepsis / D.A. Ornan, I.H. Chaudry, P. Wang // Biochimica et Biophysica Acta (BBA)/General Subjects, 1999. – Vol. 1427, N 2. – P.315-321.
9. Melchers W. Sepsis puerperalis caused by a genotypically proven cat-derived Pasteurella multocida strain / W. Melchers [et al.]// European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. – 1998. – Vol. 76, N 1. – P.71 – 73.

С.Н. Березуцкий, В.Е. Воловик

ВЫПОЛНЕНИЕ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ В ОТСРОЧЕННОМ ПОРЯДКЕ ПРИ ДЕФЕК- ТАХ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

При политравме в определенном проценте случаев отмечается наличие кожного дефекта в области пальцев кисти, что требует выполнения кожной пластики помимо других первоочередных операций.

Проведение полноценной кожной пластики у больных с политравмой чаще всего невозможно в первые часы и даже дни после травмы в связи с общим состоянием.

Сложность лечения таких больных обуславливается еще и тем, что у большинства из них раны являются ушибленными, размозженными и другого аналогичного характера. Кроме того, общепризнанным является мнение, что в связи с анатомо-физиологическими особенностями кисти первичная хирургическая обработка повреждений является сложной операцией. Особен-но это касается обширных дефектов в области дистальных отделов пальцев,

когда невозможно применение кожной пластики местными тканями.

В отделении повреждений кисти и микрохирургии ККБ №2 г. Хабаровска за период с 2005 по 2008 г. произведено 1576 операций кожной пластики по различным методикам. Из них 74% больных – в возрасте от 18 до 50 лет, т.е. в самом трудоспособном возрасте. Проведена 641 кожная пластика паховым лоскутом. Из них только в 6 случаях произошел частичный некроз лоскута. В 413 случаях произведена кожная пластика с использованием кожных покровов поврежденной кисти в различных модификациях (Клапп, Лимберг). У 22 больных проведено использование utilityной кожи по Красовитову. В 57 случаях пересажен кожный лоскут с реверсированным кровообращением с области предплечья, «китайский лоскут» в том числе. 81 больному выполнена пластика с одноименного пальца (островковая пластика). У 352 больных выполнена пластика полнослойным кожным лоскутом по Тиршу. У 10 больных – мостовидным лоскутом. У 2 больных – свободно пересажен лопаточный лоскут.

Возраст больных колебался от 1

года до 82 лет, 74% пришлось на самый трудоспособный возраст. Подавляющее число больных с травматическими дефектами пальцев кисти в отделении оперировано в отсроченном порядке по принятой в клинике методике. Отсроченная первичная хирургическая обработка ран позволяет чётко установить показания и провести в оптимальном варианте восстановление поврежденных анатомических структур кисти на ранних этапах лечения, правильно решить ряд организационных вопросов и значительно снизить инвалидность. Особенно это актуально в условиях регионов Севера и Дальнего Востока с их обширными малонаселёнными территориями с плохо функционирующей транспортной инфраструктурой и концентрацией специализированных отделений и подготовленных кадров всего в нескольких городах.

Показаниями к проведению отсроченной первичной хирургической обработки раны больным с травмами кисти, сопровождающимися дефектами дистальных фаланг пальцев, мы считали:

1. Сомнительную жизнеспособность

БЕРЕЗУЦКИЙ Сергей Николаевич – ДВГМУ, ГОУДПО ИПКСЗ, b_e_r1960@mail.ru (г. Хабаровск); **ВОЛОВИК Валерий Евгеньевич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой ГОУДПО ИПКСЗ.

краёв и дна раны, что наблюдается в большинстве рваных, ушибленных, размозжённых, скальпированных, укушенных и огнестрельных повреждений.

2. Загрязнение ран, полученных острыми предметами, различными производственными и бытовыми веществами.

3. Комбинированные повреждения, возникающие от действия механических и термических факторов.

4. Позднее обращение пострадавших или задержка транспортировки по каким-либо причинам.

5. Отсутствие специалистов и помощников, а также условий для проведения операций в отделённых регионах.

6. Пожилой возраст пациента, отягощённый анамнезом у лиц, требующих специального обследования, подготовки к обезболиванию и длительному оперативному вмешательству.

7. Состояние выраженного алкогольного или токсического опьянения, затрудняющее проведение первичной хирургической обработки раны.

8. Поступление пострадавших в состоянии шока и лиц с множественными и сочетанными повреждениями, угрожающими жизни.

Метод отсроченной ПХО ран открытых повреждений кисти с дефектом дистальных фаланг кисти состоял из раннего комплекса активных лечебных мероприятий, проводящихся с момента поступления больного с травмой кисти в стационар, и отсроченного радикального оперативного вмешательства, осуществляемого через трое-пять суток после травмы.

В задачу ранних мероприятий входило: оценка общего состояния больного, характера и тяжести повреждения кисти. Проводились рентгенография кисти, обезболивание (местное или общее), туалет кожи кисти и предплечья в проточной воде с мылом и стерильными щётками. Осуществлялись обильное промывание раны антисептиками (водный раствор хлоргексидина), края раны обкалывались антибиотиками широкого спектра действия. Иссекались явно нежизнеспособные ткани, проводился гемостаз. Раны закрывались салфетками, обильно смоченными растворами антисептиков. Кисть при всех повреждениях фиксировалась гипсовой шиной в среднефизиологическом положении.

Больного госпитализировали, назначали ему щадящий режим, возвышен-

ное положение конечности, местную холодовую терапию, антибиотики широкого спектра действия парентерально. Для улучшения периферического кровотока по показаниям внутривенно переливались и перорально назначались дезагреганты и спазмолитики.

Профилактические мероприятия раневой инфекции (туалет раны, промывание её антисептическими жидкостями, обработку кожи вокруг раны, обкалывание краёв раны растворами антибиотиков) лечащий врач повторял ежедневно во время проведения перевязки.

Подавляющее число операций выполнено при отсроченной ПХО ран. Применение различных методик кожной пластики позволило сохранить максимально возможную длину сегментов, сократить сроки лечения, уменьшить степень инвалидизации больных, в отдельных случаях – полностью вернуть профессиональную пригодность.

Применение данной методики позволило нам применять различные сложные восстановительные пластические операции при дефектах дистальных фаланг пальцев кисти с применением микрохирургии без гнойных осложнений.

М.Г. Леонов, Т.В. Шелякина, Я. Б-Х. Ершова

ОПТИМИЗАЦИЯ СКРИНИНГА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

УДК 618.14-006

Ключевые слова: рак шейки матки, оптимизация организационных форм, цитологический скрининг, метод жидкостной цитологии, «Открытый прием» женщин, выявляемость.

Keywords: cervical cancer, the optimization of organizational forms, cytological screening, the method of liquid cytology, “Open reception” of women, detectability.

Анализ показателей активной диагностики рака шейки матки (РШМ) в Краснодарском крае свидетельствует о полном отсутствии в большинстве районов системы профилактических и скрининговых обследований женщин. С 1997 по 2006 г. произошло сокращение смотровых кабинетов с 218 до 109, а активная выявляемость рака шейки

матки снизилась с 17,7% в 2002 г. до 16,8 в 2004 г.

Это связано с тем, что профилактические осмотры населения проводятся формально, без учета принятого при их выполнении объема методов обследований; недостаточный уровень контроля результативности профилактических осмотров; низкий уровень санитарной культуры населения; практическое отсутствие роли административных, экономических, организационных рычагов стимулирования выявления рака и преемственности между онкологической службой и учреждениями общей лечебной сети.

Как известно, в современной диагностике РШМ важное значение имеет организация качественной цитологической диагностики, т.е. активного ци-

тологического скрининга, которая может составлять 89,7-96,3% [3,12].

Теоретические обоснования цитологического скрининга рака шейки матки были сформулированы в 40-х гг. прошлого столетия. После классических работ Паппаниколау было показано, что цитологический метод исследования является весьма чувствительным в диагностике предрака (дисплазий) и начального преклинического РШМ (карциномы *in situ*, микроинвазивного и скрытого инвазивного рака).

Однако в России до сих пор нет программы организационного цитологического скрининга рака шейки матки. Приказами Министерства здравоохранения регламентированы лишь общие положения: ежегодные профилактические осмотры всех женщин старше 18 лет с проведением цитологического

ЛЕОНОВ Михаил Генрихович – к.м.н., гл.врач ГУЗ «Онкологический диспансер № 3» ДЗ КК, г.Новороссийск, novodis@yandex.ru; **ШЕЛЯКИНА Татьяна Васильевна** – д.м.н., проф., руковод. отделом ФГУ Ростовский науч.-исслед. онкологический институт, tnioi@list.ru; **ЕРШОВА Янина Хайн-Бенъяниновна** – зав. клинико-диагностич. лаб. ГУЗ «Онкологический диспансер № 3» ДЗ КК.