

краёв и дна раны, что наблюдается в большинстве рваных, ушибленных, разможенных, 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 мощников, а также условий для проведения операций в отделённых регионах.

6. Пожилой возраст пациента, отягощённый анамнез 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 преинвазивного РШМ (карциномы *insitu*, 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, rnoi@list.ru; **ЕРШОВА Янина Хаин-Беньяниновна** – зав. клинко-диагностич. лаб. ГУЗ «Онкологический диспансер № 3» ДЗ КК.

исследования мазков из шейки матки и шеечного канала. В течение последних 25 лет стратегия скрининга РШМ не менялась. Отсутствие программы скрининга с разработкой всех организационных вопросов и контроля над его выполнением, по-видимому, является одной из основных причин недостаточной эффективности скрининга. Сокращение количества профилактических осмотров из-за недостаточного финансирования, закрытие ряда смотровых кабинетов в последнее время значительно усугубили ситуацию [5].

Благодаря высокой информативности, простоте, легкости и безопасности получения материала цитологическое исследование в рамках системы массовых профилактических осмотров зарекомендовало себя как незаменимый метод выявления больных с предраком и начальными формами рака шейки матки среди практически здорового населения [4,11,13].

Однако традиционный цитологический мазок имеет несколько ограничений, ведущих к ложноотрицательному результату в пределах от 1,5 до 55%, причем главным источником ошибок при скрининге и интерпретации его результатов является недостаточное количество сбора и обработки цитологического материала и квалификации цитолога [1,2,6,7,9].

Цель исследования – поиск методов улучшения качества скрининга рака шейки матки.

Методика исследования. На модели г. Новороссийска разработан комплекс организационных форм скрининга рака шейки матки, который включает: Открытый прием женщин высококвалифицированными онкогинекологами на базе Городского онкологического диспансера (ГОД), создание централизованной цитологической лаборатории с внедрением методики «Жидкостная цитология». Эта методика отличается особенностями приготовления цитологических препаратов, сбора и хранения клеток. Дана оценка эффективности этой методики в сравнении с традиционным цитологическим исследованием.

Новый метод цитологического скрининга «Жидкостная цитология» был разработан и одобрен к использованию в 1996 г. в США. С этого времени исследователями всего мира привлечено внимание к этому нетрадиционному цитологическому исследованию [8,10].

Суть метода жидкостной цитологии заключается в том, что материал, полученный с поверхности влажной порции шейки матки и из цервикаль-

ного канала, переносится в жидкую среду накопления. Из этой клеточной суспензии с помощью автоматической процедуры готовится монослойный препарат, что способствует устранению неоптимальных мазков как источника сомнительных диагнозов.

Важной технологической особенностью метода жидкостной цитологии, улучшающей качество исследования, является то, что исследуемый материал берется в специальный стабилизирующий раствор, который обеспечивает его сохранность без разрушения и потери клеток. При этом весь клеточный материал сохраняется без изменения своих морфологических и иммуноцитохимических свойств. Затем раствор центрифугируют. Во время этой процедуры клеточный материал оказывается на мазках и удается получить однослойные препараты хорошего качества. Можно сначала сделать мазки стандартным способом, а остающийся на щетке (шпателе) материал поместить в стабилизирующий раствор и обработать описанным ранее методом. Очень важным преимуществом tospin-препаратов является то, что их можно с успехом использовать для проведения молекулярно-биологических исследований, в частности выраженное уплощение клеток значительно улучшает качество образцов для выполнения иммуноцитохимических реакций и гибридизации *in situ* (Полонская Н.Ю., Юрасова И.В., Сокольская Т.Ю., 2004; Болгова Л.С. и соавт., 2007; Волошина Н., 2008; Шабалова И.П., Полонская Ю.П., 2009).

Для оценки эффективности метода жидкостной цитологии по сравнению с традиционным цитологическим скринингом в ранней диагностике РШМ мы провели сравнительный анализ этих методов исследования.

Методом жидкостной цитологии было обследовано 396 клинически здоровых женщин, обратившихся на Открытый прием в ГОД. Материал для исследования получали при помощи Cervix Brush. Для оценки результатов традиционной цитологии проведен ретроспективный анализ 1000 мазков, выполненных в той же централизован-

ной цитологической лаборатории для женских консультаций ЛПУ г. Новороссийска.

Особое внимание уделяли полноценности полученного материала (адекватность мазка). Диагностическая точность цитологического исследования материала шейки матки во многом определяется качеством полученного материала (фактически клеточным составом мазка). Материал является адекватным для исследования, если в мазках имеются клетки эндоцервикального, плоского и метаплазированного эпителия с небольшим количеством элементов крови, т.е. материал должен быть получен из зоны трансформации - участка, где наиболее часто возникает опухоль. Наоборот, отсутствие клеток эндоцервикального эпителия, большое число эритроцитов воспаления свидетельствуют о малой информативности и материал является недостаточно адекватным. Неадекватным материал следует считать, если мазки с очень скудным числом клеток, большим количеством элементов крови, наличием артефактов, слишком тонкими или толстыми мазками, по которым невозможно правильно оценить цитологическую картину.

Клеточный материал, полученный из эндо- и эктоцервикса переносили с цитощетки в среду накопления (среда Игла или среда №199), которая до исследования разливается в стерильные центрифужные пробирки. Стабилизирующая среда Игла или среда №199 гарантируют превосходную сохранность образцов с более четкими особенностями ядра.

Результаты. В результате сравнивались проценты выявляемости предраковой патологии и рака шейки матки, полученные рутинным методом и методом жидкостной цитологии. При этом установлена существенная разница в частоте выявляемости патологии шейки матки среди сравниваемых групп (таблица).

В целом патология шейки матки при проведении рутинного цитологического исследования выявлена в 29,1% случаев, а при проведении жидкостной цитологии – в 52,1% случаев.

Сравнительный анализ эффективности диагностики заболеваний шейки матки обычным цитологическим исследованием и методом жидкостной цитологии, абс. число (%)

Заболевания шейки матки	Результаты, полученные обычным цитологическим методом	Результаты, полученные методом жидкостной цитологии
Рак	2 (0,5)	5 (1,3)
Дисплазии	5 (1,3)	7 (1,8)
Фоновые заболевания	108 (27,3)	194 (49,0)

Среди обследованных женщин методом жидкостной цитологии здоровыми признано 190 (47,9%) женщин. Легкая, умеренная, тяжелая дисплазии составили 1,8%, а рак шейки матки – 1,3, причем инвазивный рак – 0,8%.

В проведенных нами исследованиях неопухолевые (фоновые) заболевания шейки матки диагностированы в 194 (49,0%) случаях и представлены эктопией цервикального эпителия, гиперкератозом многослойного плоского эпителия, атипической железистой гиперплазией эндоцервикального эпителия и хроническим цервицитом.

При этом следует отметить, что дисплазия эпителия шейки матки легкой степени распознана в 2 случаях (0,5%), умеренная дисплазия – в 4 (1%), тяжелая дисплазия – в 1 (0,3%) наблюдениях, *carcinoma in situ* – у 2 (0,5%) женщин, а инвазивный рак шейки матки выявлен – у 3 (0,8%) больных.

Таким образом, фоновые заболевания, выявленные при выполнении жидкостной цитологии, в сравнении с обычным цитологическим исследованием были диагностированы в 1,8 раза, дисплазии – в 1,4, а рак шейки матки – в 2,5 раза чаще.

Отсюда диагностическая ценность жидкостной цитологии в диагностике патологии шейки матки в целом в 1,8 раза выше, чем при рутинных цитологических исследованиях. Это доказывает высокую эффективность использования метода жидкостной цитологии в гинекологической и онкогинекологической практике.

Согласно данным рисунка, у больных с дисплазией эпителия риск возникновения преинвазивного рака шейки матки в 20 раз выше, чем во всей популяции, а инвазивные формы рака шейки матки выявляются в 10 раз чаще. По данным ВОЗ, переход выраженной дисплазии эпителия в рак *in situ* длится от 3 до 8 лет, еще 10-15 лет проходит до развития микроинвазивного рака.

По нашим наблюдениям, дисплазия III степени и *carcinoma in situ* регистри-

руются чаще у женщин, не посещавших гинеколога в течение 5 лет, однако наблюдались случаи развития *carcinoma in situ* менее, чем за 12 мес.

На основе полученных результатов мы считаем целесообразным увеличить скрининговый возрастной диапазон и начинать цитологический скрининг у женщин с 25 лет.

При анализе ошибок цитологического отделения учитывали следующее:

1) участие врачей отделения в Федеральной системе внешней оценки качества клинических лабораторных исследований;

2) внутрилабораторный контроль качества;

3) тесное взаимодействие врачей-морфологов (цитологического и патологоанатомического отделений) с онкогинекологами, акушерами-гинекологами и акушерками смотровых кабинетов;

4) постоянное сравнение результатов цитологического и гистологического исследования;

5) сравнение данных по диагностике различных поражений шейки матки с информацией, полученной из специальной литературы.

Сравнение результатов цитологического исследования с гистологическим диагнозом является важнейшим методом контроля качества в цитологической лаборатории. Разумеется, нельзя забывать, что при гистологической оценке поражения, особенно степени дисплазии эпителия, возможны ошибки.

При ретроспективном анализе цитологических мазков, выполненных обычным методом, было выявлено 7 случаев с поражениями шейки матки (рак и дисплазии), из них верифицированы все (100%) случаи. Совпадение результатов цитологического и гистологического исследования отмечено у всех пациенток. При сопоставлении цитологических и гистологических данных несовпадение может быть ошибочно отрицательным результатом (ООР) и ошибочно положительным результатом (ОПР).

При пересмотре цитологических препаратов с известным гистологическим диагнозом причинами несовпадения результатов цитологического и гистологического исследования могут быть:

1) неправильная интерпретация выявленных клеточных изменений;

2) наличие ООР и ОПР при гистологическом исследовании;

3) получение неадекватного материала, в т.ч. феномен «обманчивости повторного» мазка (феномен Koss: в повторном мазке из шейки матки, полученном менее чем через три месяца после первого мазка, часто обнаруживают меньшую степень или полное отсутствие атипии эпителия, по сравнению с первым исследованием).

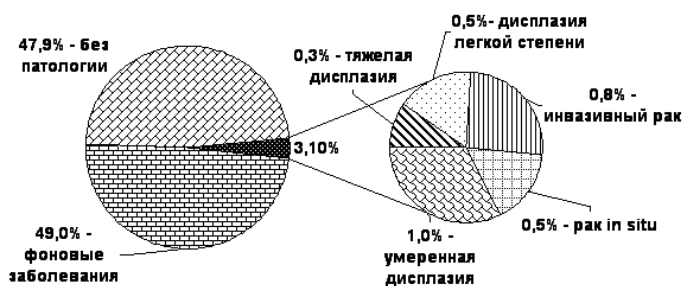
В результате использования метода жидкостной цитологии снизилось количество неудовлетворительных мазков на 58%.

Таким образом, в крупном онкологическом учреждении должны быть условия для быстрого сопоставления результатов цитологического и гистологического исследований, что несомненно повысит качество и эффективность морфологической диагностики предопухолевых поражений и рака шейки матки. Для повышения качества цитологического распознавания заболеваний шейки матки необходим постоянный анализ и персональный учет ошибок цитологической диагностики.

Полученные нами методом жидкостной цитологии результаты оказались более точными, чем те, что проведены методом обычной цитологии, и отражают более либеральное использование цитологических критериев при диагностике патологических изменений с помощью традиционных мазков. Использование жидкостной цитологии, таким образом, позволяет снизить число ложноположительных и ложноотрицательных результатов, что способствует выявлению начальных изменений в спектре потенциально злокачественных поражений.

Данный метод позволяет снять маску доброкачественности, которая может быть определена при обычном цитологическом скрининге, и более точно выделить пациентов с высокой степенью риска.

В заключение следует отметить – если с помощью цитологического метода обследовать всех женщин, то можно среди них выявить значительную часть больных с предраковыми заболеваниями и начальными стадиями рака, которые хорошо поддаются лечению, и таким образом предотвратить развитие у них инвазивного рака. Цитологическое обследование женщин не только приводит к уменьшению количества выявленных онкологических больных (за счет увеличения пациентов с предраковой патологией), но и



Структура выявленных предопухолевых поражений и рака шейки матки

изменяет соотношение инвазивных и прединвазивных форм рака в пользу последних, но для этого надо обследовать всех женщин.

В данной работе следует отметить тот факт, что мы применили комплекс уникальных организационных форм скрининга РШМ. С одной стороны, это Открытый прием женщин, предложенный академиком РАН и РАМН Ю.С. Сидоренко, который позволяет на основе психологического фактора самоорганизоваться лицам с суперриском онкологического заболевания и обратиться к высококвалифицированным онкоспециалистам. С другой стороны, во время Открытого приема женщин с подозрением на патологию шейки матки сразу направляют на цитологическое исследование высокочувствительным и эффективным методом жидкостной цитологии.

Выводы.

1. Оптимизация скрининга рака шейки матки с помощью организационных форм – «Открытый прием» женщин высококвалифицированными специалистами онкогинекологами, и

совершенствованного высокоинформативного метода цитологического исследования «Жидкостная цитология» позволили в группе женщин с суперриском заболевания раком шейки матки повысить выявляемость этого заболевания в 1,8 раза.

2. Выявление таким комплексом методов заболевания в преκлинической фазе дает возможность излечить больных «сберегающими» методами, сократить сроки их лечения, снизить случаи инвалидизации и смертности, т.е. имеет также и экономический эффект.

Литература

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. – Л., 1989.
2. Вишневская Е.Е. Ошибки в онкогинекологической практике / Е.Е. Вишневская, Я.В. Бохман. – Минск, 1994.
3. Комарова Л.Е. Профилактика и ранняя диагностика рака шейки матки / Л.Е. Комарова // Практическая медицина. – 2009. - № 4 (36). – С. 15–16.
4. Напалков Н.П., Мерабишвили В.М. // Злокачественные опухоли (по данным стран – членов СЭВ): Сборник научных работ. – Л., 1986. – С. 74–102.

5. Новик В.И. Эпидемиология рака шейки матки, факторы риска, скрининг / В.И. Новик // Практическая онкология. – 2002. – Т. 3. - № 3. – С. 156–165.

6. Новикова Е.Г. Ошибки в диагностике и лечении рака шейки матки / Е.Г. Новикова, Е.Т. Антошечкина // Ошибки в клинической онкологии / Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга. – М., 2001. – С. 422–434.

7. Органосохраняющее лечение в онкогинекологии / Е.Г. Новикова [и др.]. – М., 2000.

8. Прилепская В.П. Профилактика рака шейки матки: методы ранней диагностики и новые скрининговые исследования. (Клиническая лекция) / В.П. Прилепская // Гинекология. – 2007. – Т. 9, № 1. – С. 24–28.

9. Рак шейки матки / В.В. Кузнецова [и др.] // Клиническая онкогинекология: руководство для врачей / Под ред. В.П. Козаченко. – М., 2005.

10. Самсонова М.В. Стандартные цитопрепараты бронхоальвеолярного лаважа в исследовании патологии легких / М.В. Самсонова, А.Л. Черняева // Лаборатория. – 1997. - № 6. – С. 7–9.

11. Сайгадак В.Н., Комарова Л.Е. // Вестник ОНЦ АМН России. – 1992. - № 4. – С. 43–48.

12. Подходы к организации цитологического скрининга рака шейки матки в Республике Татарстан / Р.Ш. Хасанов [и др.]. // Практическая медицина. – 2009. - № 4 (36). – С. 106–109.

13. Aumon P. // Cancer J. – 1987. – 1987. – Vol. 1. – P. 342.

С.Н. Гаврильев, В.Г. Игнатьев, Н.М. Гоголев, В.С. Гусаревич,
В.М. Михайлова, А.С. Матвеев

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИОННОЙ ЗОНЫ ПРИ РЕЛАПАРОТОМИЯХ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТАМИ

УДК 616.381-002-089.193.4

Представлены данные лечения 106 больных с послеоперационным перитонитом, которым проводились релапаротомии в отделении гнойной хирургии РБ№2-ЦЭМП Республики Саха (Якутия) с 2006 по 2008г. Проведен сравнительный анализ по результатам лечения 62 больных со стандартной методикой завершения операции и 44 больных с применением предложенной методики контроля операционной зоны.

Ключевые слова: релапаротомия, методика контроля операционной зоны, перитонит.

This article presents surgical treatment data of 106 patients with postoperative peritonitis, underwent numerous relaparotomies at the surgical department of Republics Center of Urgent Medical Aid in Republic Sakha (Yakutia) 2006-2008. A comparative analysis of treatment results in 62 patients with standard method of operating zone and 44 patients with application of proposed method of control of operating zone.

Keywords: relaparotomy, control method of operating zone, peritonitis.

Введение. Выполнение релапаротомий с целью коррекции послеоперационных абдоминальных осложнений не теряет свою актуальность и в на-

ГАВРИЛЬЕВ Семен Николаевич – ст. препод. МИ ЯГУ, Semen-Gav70@rambler.ru; **ИГНАТЬЕВ Виктор Георгиевич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ ЯГУ; **ГОГОЛЕВ Николай Михайлович** – к.м.н., зав. кафедрой ИПОВ ЯГУ; **ГУСАРЕВИЧ Виктор Семенович** – зав. II хирургическим отделением РБ№2-ЦЭМП; **МИХАЙЛОВА Валентина Михайловна** – к.м.н., доцент МИ ЯГУ, зав. отделением РБ№2-ЦЭМП; **МАТВЕЕВ Афанасий Семенович** – врач анестезиолог-реаниматолог ОРИТ РБ№2-ЦЭМП.

стоящее время [2,3,5,6,12]. Одним из вопросов, касающихся улучшения лечения, особенно при этапных вмешательствах, является выбор метода завершения операции. Встречающиеся в литературе методы лечения касаются тех моментов, когда в лапаротомной ране уже имеются гнойно-воспалительные изменения [1,5,6,7,8,10]. По данным литературы, эти изменения могут служить не только источником инфицирования, но и поддерживать гнойно-воспалительные процессы в брюшной полости [3,6,11,12], что в свою очередь ухудшает прогноз лечения.

С целью улучшения результатов лечения больных с релапаротомиями нами разработана и внедрена методика контроля операционной зоны. Это дало нам возможность оптимизировать технологию этапного хирургического лечения, позволяло диагностировать начальные проявления эвентрации на фоне перитонита и, не теряя время на инструментальные, лабораторные исследования, проводить повторные операции. При применении «максимального интервала» между релапаротомиями позволяло проводить профилактическое лечение гнойно-воспалительных изменений в