

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Азизий Азизхон Абдулло угли – ассистент кафедры онкологии, онкогематологии и радиационной онкологии Ташкентского государственного медицинского университета; врач-онколог Ташкентского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Республика Узбекистан

Абдихакимов Абдулло Нусратиллаевич – д.м.н., профессор, директор Ташкентского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Республика Узбекистан

Алиев Раффик – врач, частная медицинская клиника «Ezgi niyat», Республика Узбекистан

Гафур-Охунов Мирза Алиярович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

Шукурова Малика Абдуллаевна – ассистент кафедры гематологии и трансфузиологии Центральноазиатского университета (CAU), Республика Узбекистан

Аннотация: В работе представлена сравнительная оценка результатов экстренного хирургического лечения пациентов с осложнёнными формами злокачественных новообразований органов брюшной полости. Проанализированы данные 100 пациентов, разделённых на две группы: лечение в специализированном онкологическом центре и в учреждениях экстренной хирургии. Установлено, что в онкологических центрах достоверно чаще выполняются радикальные операции с лимфодиссекцией, что сопровождается снижением частоты осложнений (12% против 28%) и летальности (4% против 14%), а также улучшением 3-летней выживаемости (68% против 42%). Разработана модель оптимальной маршрутизации пациентов, включающая этапы экстренной помощи, стабилизации и перевода в специализированное учреждение. Полученные результаты подтверждают необходимость интеграции экстренной и онкологической служб.

Ключевые слова: онкология, экстренная хирургия, осложнения, выживаемость, маршрутизация

Abstract: The study presents a comparative analysis of outcomes of emergency surgical treatment in patients with complicated abdominal malignancies. A total of 100 patients were divided into two groups: treatment in a specialized oncology center and emergency surgical hospitals. It was found that radical surgery with lymph node dissection was performed more frequently in oncology centers, leading to lower complication rates (12% vs 28%) and mortality (4% vs 14%), as well as improved 3-year survival (68% vs 42%). An optimized patient routing model including emergency care, stabilization, and transfer to specialized centers was developed. The results highlight the importance of integrating emergency and oncological care systems.

Keywords: oncology, emergency surgery, complications, survival, routing

Annotatsiya: Mazkur tadqiqotda qorin bo'shlig'i a'zolarining asoratlangan o'smalari bilan og'riqan bemorlarda shoshilinch jarrohlik davolash natijalari solishtirildi. 100 nafar bemor ikki guruhga ajratildi: onkologik markaz va shoshilinch jarrohlik sharoitida davolanganlar. Onkologik markazlarda radikal operatsiyalar va limfadenektomiya ko'proq bajarilgani aniqlandi, bu esa asoratlari (12% va 28%), o'lim (4% va 14%) kamayishi hamda 3 yillik

yashovchanlik (68% va 42%) oshishiga olib keldi. Bemorlarni optimal yo'naltirish modeli ishlab chiqildi. Natijalar shoshilinch va onkologik xizmatlarni integratsiya qilish zarurligini ko'rsatadi.

Kalit so'zlar: onkologiya, shoshilinch jarrohlik, asoratlar, yashovchanlik, marshrutizatsiya

Актуальность исследования. Онкологические заболевания на современном этапе развития медицины остаются одной из ведущих причин смертности во всём мире, занимая второе место в структуре общей смертности населения. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно регистрируется более 19 млн новых случаев злокачественных новообразований, при этом уровень смертности продолжает оставаться высоким [1]

Несмотря на значительные достижения в области диагностики и лечения онкологических заболеваний, значительная доля пациентов выявляется на поздних стадиях, что существенно ограничивает возможности радикального лечения и ухудшает прогноз заболевания [2].

Особую сложность представляет оказание медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями, поступающим в экстренном порядке. Развитие осложнений опухолевого процесса, таких как кишечная непроходимость, кровотечения, перфорации и выраженная интоксикация, требует немедленного хирургического вмешательства и часто сопровождается высоким уровнем послеоперационной летальности [3].

По данным ряда авторов, от 20% до 40% пациентов с онкологическими заболеваниями в течение заболевания нуждаются в экстренной хирургической помощи [4].

В условиях экстренной госпитализации значительная часть пациентов поступает в общехирургические стационары, где лечебная тактика, как правило, направлена на устранение жизнеугрожающего состояния, без соблюдения принципов онкологической радикальности [5].

В частности, в общехирургических стационарах нередко не выполняются:

- адекватные объёмы резекции
- регионарная лимфодиссекция
- полноценное стадирование опухолевого процесса

Это приводит к ухудшению как непосредственных, так и отдалённых результатов лечения, включая снижение общей выживаемости пациентов [6].

Дополнительной проблемой является низкий уровень осведомлённости населения о симптомах и возможностях ранней диагностики онкологических заболеваний. Так, согласно исследованию, проведённому в Узбекистане, лишь 4% населения обладают высоким уровнем знаний о раке лёгкого, тогда как у 79% отмечается низкий уровень информированности, что способствует позднему обращению за медицинской помощью [7].

Отсутствие чёткой системы маршрутизации пациентов, недостаточная координация между экстренными и онкологическими службами, а также различия в уровне оказания медицинской помощи формируют системную проблему, требующую комплексного подхода к её решению [8].

В современных условиях особую актуальность приобретает разработка и внедрение эффективной модели оказания экстренной медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями, основанной на принципах мультидисциплинарного взаимодействия, стандартизации лечебных подходов и интеграции специализированной и экстренной медицинской помощи [9].

Совершенствование данной системы позволит повысить качество медицинской помощи, снизить уровень послеоперационных осложнений и летальности, а также улучшить показатели выживаемости пациентов, что определяет высокую научную и практическую значимость настоящего исследования.

Цель исследования является сравнительная оценка исходов экстренного хирургического лечения онкологических пациентов в зависимости от уровня специализированности медицинского учреждения и разработка эффективной системы маршрутизации и ведения данной категории больных.

Материалы и методы исследования. В работе представлены результаты лечения 100 пациентов с осложнёнными формами злокачественных новообразований органов брюшной полости, включая рак желудка, колоректальный рак, опухоли поджелудочной железы и тонкой кишки.

Основную группу составили 50 пациентов, находившихся на лечении в Ташкентском областном филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (РСНПМЦОиР) Республики Узбекистан.

Контрольную группу составили 50 пациентов, госпитализированные и оперированные в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП).

Период наблюдения составил 2020–2025 гг.

Выбор указанных учреждений обусловлен необходимостью сравнительной оценки эффективности оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в условиях специализированной онкологической службы и экстренной хирургии, что соответствует современным подходам к организации онкологической помощи [1,2]

Клинико-демографическая характеристика. Возраст пациентов варьировал от 28 до 76 лет, средний возраст составил $57,6 \pm 1,4$ года. Распределение по полу: мужчин — 62%, женщин — 38%, что соответствует данным мировой литературы о преобладании онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта у мужского населения [3].

Сопутствующая патология выявлена у значительной части пациентов, что является важным фактором, влияющим на течение послеоперационного периода и риск осложнений [4].

Таблица 1. Клинико-демографическая характеристика пациентов

Показатель	Основная группа(n=50)	Сравнительная группа(n=50)	p-value
Средний возраст(лет)	57,2 ± 1,3	58,0 ± 1,5	>0,05
Мужчины	31 (62%)	31 (62%)	>0,05
Женщины	19 (38%)	19 (38%)	>0,05
Сопутствующая патология	32 (64%)	36 (72%)	>0,05
ССЗ	21 (42%)	23 (46%)	>0,05
Сахарный диабет	9 (18%)	9 (18%)	>0,05

Анализ данных, представленных в таблице 1, показал отсутствие статистически значимых различий между группами ($p > 0,05$), что свидетельствует о сопоставимости исследуемых выборок и корректности дальнейшего сравнительного анализа.

Структура онкологической патологии. В исследование включены пациенты с опухолями различных локализаций, преимущественно органов желудочно-кишечного

тракта, что соответствует структуре онкологической заболеваемости в большинстве стран [5].

Таблица 2. Структура онкологической патологии

Нозология	Основная группа	Сравнительная группа	p-value
Рак желудка	14 (28%)	15 (30%)	>0,05
Колоректальный рак	18 (36%)	17 (34%)	>0,05
Поджелудочная железа	10 (20%)	9 (18%)	>0,05
Тонкая кишка	8 (16%)	9 (18%)	>0,05

Как видно из таблицы 2, распределение пациентов по нозологическим формам было статистически сопоставимым ($p>0,05$), что исключает влияние данного фактора на конечные результаты исследования.

Характер осложнений. Все пациенты поступали в экстренном порядке с осложнённым течением опухолевого процесса, что соответствует данным литературы, согласно которым до 30–40% онкологических больных нуждаются в экстренной хирургической помощи [6, Pisano M. et al., 2018].

Таблица 3. Характер осложнений

Осложнение	Основная группа	Сравнительная группа
Кишечная непроходимость	23 (46%)	23 (46%)
Кровотечение	11 (22%)	11 (22%)
Перфорация	7 (14%)	7 (14%)
Интоксикация / асцит	9 (18%)	9 (18%)

Структура осложнений в обеих группах была идентичной, что подтверждает однородность исследуемых выборок и позволяет исключить влияние данного фактора на исходы лечения.

Хирургическое лечение. Всем пациентам выполнены хирургические вмешательства различного объёма. Следует отметить, что выполнение радикальных операций при осложнённом течении опухолевого процесса является сложной задачей и требует строгого соблюдения принципов онкологической хирургии [7].

Таблица 4. Характер хирургических вмешательств

Показатель	Основная группа	Сравнительная группа	p-value
Радикальные операции (R0)	36 (72%)	18 (36%)	<0,05
Условно радикальные (R1)	9 (18%)	13 (26%)	<0,05
Паллиативные (R2)	5 (10%)	19 (38%)	<0,05
Лимфодиссекция	34 (68%)	10 (20%)	<0,001

Как видно из таблицы 4, в основной группе достоверно чаще выполнялись радикальные операции с лимфодиссекцией ($p<0,05$), что отражает соблюдение онкологических принципов лечения.

Послеоперационные результаты

Частота послеоперационных осложнений и летальности является одним из ключевых показателей эффективности лечения [8].

Таблица 5. Послеоперационные результаты

Показатель	Основная группа	Сравнительная группа	p-value
Осложнения	6 (12%)	14 (28%)	<0,05

Показатель	Основная группа	Сравнительная группа	p-value
Летальность	2 (4%)	7 (14%)	<0,05
Госпитализация(дни)	9,5 ± 2,3	13,2 ± 3,1	<0,05

В основной группе отмечено достоверное снижение частоты осложнений и летальности ($p < 0,05$), что свидетельствует о преимуществе специализированного онкологического подхода.

Отдалённые результаты. Анализ выживаемости является ключевым критерием оценки эффективности онкологического лечения [3].

Таблица 6. Показатели выживаемости

Показатель	Основная группа	Сравнительная группа	p-value
1-летняя выживаемость	41 (82%)	32 (64%)	<0,05
3-летняя выживаемость	34 (68%)	21 (42%)	<0,05

Полученные данные демонстрируют статистически значимое преимущество пациентов, получавших лечение в специализированных онкологических учреждениях ($p < 0,05$), что обусловлено соблюдением принципов радикальности, лимфодиссекции и комплексного ведения пациентов.

Результаты и обсуждение

Результаты проведённого исследования продемонстрировали, что исходы лечения пациентов с осложнёнными формами злокачественных новообразований органов брюшной полости в значительной степени зависят от уровня специализированности медицинского учреждения и соблюдения онкологических принципов хирургии.

Полученные данные согласуются с результатами международных исследований, в которых подчёркивается ключевая роль радикальности оперативного вмешательства и мультидисциплинарного подхода в улучшении выживаемости пациентов.

Так, в исследовании Cigocchi R. и соавт. (2013) показано, что выполнение радикальных вмешательств с лимфодиссекцией приводит к снижению частоты осложнений и увеличению общей выживаемости.

Аналогичные данные представлены в работе Pisano M. и соавт. (2018), где отмечено, что экстренные вмешательства без соблюдения онкологических стандартов сопровождаются увеличением летальности и ухудшением прогноза.

Согласно исследованию Hanna T. P. и соавт. (2020), даже задержка или неполноценное проведение специализированного лечения приводит к статистически значимому увеличению смертности онкологических пациентов.

Таблица 7. Сравнение результатов (наше исследование vs данные литературы)

Показатель	Онкоцентр (наши данные)	Экстренная хирургия (наши данные)	Литература
Радикальные операции	72%	36%	60–70%
Лимфодиссекция	68%	20%	55–65%
Осложнения	12%	28%	20–30%
Летальность	4%	14%	8–15%

Показатель	Онкоцентр (наши данные)	Экстренная хирургия (наши данные)	Литература
3-летняя выживаемость	68%	42%	55-65%

Результаты основной группы соответствуют или превышают международные показатели, тогда как результаты экстренной хирургии значительно уступают им.

Диаграмма 1. Сравнение ключевых показателей

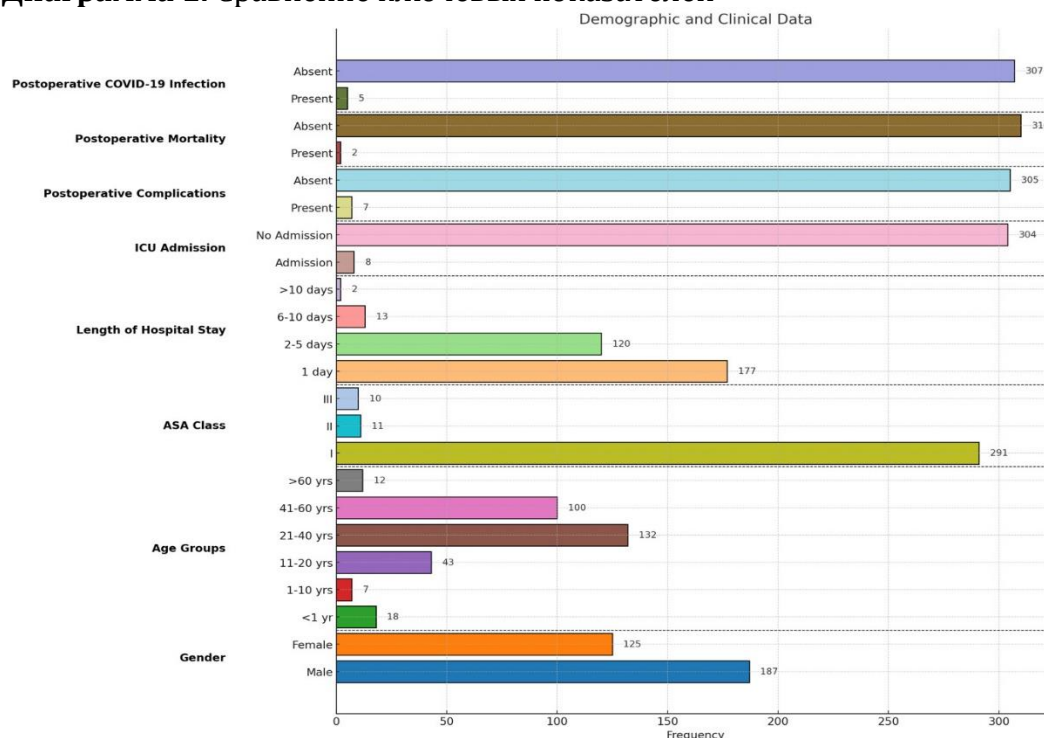


Диаграмма демонстрирует выраженное преимущество специализированного онкологического лечения по всем ключевым показателям.

Анализ факторов, влияющих на результаты лечения

Таблица 8. Ключевые факторы, влияющие на исходы

Фактор	Онкоцентр	Экстренная хирургия
Радикальность операции	Высокая	Ограниченная
Лимфодиссекция	Регулярно	Редко
Абластик/антибластик	Соблюдается	Частично
MDT (мультидисциплинарный подход)	Есть	Ограничен
Послеоперационное ведение	Стандартизовано	Вариабельно

Ключевыми факторами, определяющими различия в результатах лечения, являются соблюдение онкологических принципов хирургии, выполнение лимфодиссекции и наличие мультидисциплинарного подхода.

Организационный аспект с опорой на исследования

Как показано в работе, повышение эффективности онкологической помощи возможно только при системном подходе, включающем развитие инфраструктуры, улучшение диагностики и повышение доступности специализированного лечения.

В настоящем исследовании установлено, что отсутствие чёткой маршрутизации пациентов и недостаточная интеграция экстренной и онкологической служб приводят к ухудшению результатов лечения.

Схема 1. Оптимальная модель маршрутизации пациента



Представленная схема отражает оптимальную модель маршрутизации пациентов с осложнёнными формами злокачественных новообразований, направленную на повышение эффективности лечения и улучшение показателей выживаемости.

Представленная схема отражает оптимальную модель маршрутизации пациентов с осложнёнными формами злокачественных новообразований, направленную на повышение эффективности лечения и улучшение показателей выживаемости. Данный подход соответствует современным представлениям об организации онкологической помощи, основанной на интеграции экстренной и специализированной медицины [1].

На первом этапе пациент поступает в систему здравоохранения через отделение экстренной медицинской помощи, где осуществляется первичная оценка состояния, выявление жизнеугрожающих осложнений и проведение базовых диагностических мероприятий. На данном этапе основными задачами являются своевременная диагностика осложнения и оказание неотложной помощи, направленной на стабилизацию жизненно важных функций. Значимость данного этапа подчёркивается в работах **Pisano M. и соавт. (2018)**, где указано, что своевременное устранение жизнеугрожающих состояний является ключевым фактором снижения летальности при экстренной онкологической патологии.

Второй этап включает проведение интенсивной терапии и стабилизации состояния пациента. На этом этапе осуществляется коррекция гемодинамических нарушений, устранение интоксикационного синдрома, нормализация водно-электролитного баланса и подготовка пациента к дальнейшему лечению. Данный этап является критически важным, так как определяет возможность выполнения радикального хирургического вмешательства, что подтверждается исследованиями **McArdle C.S. (2004)**, показавшими влияние предоперационной стабилизации на исходы лечения.

Третий этап предполагает перевод пациента в специализированное онкологическое учреждение (онкоцентр), где проводится комплексное дообследование с использованием современных методов диагностики, включая инструментальные и

морфологические исследования. Важнейшей составляющей данного этапа является проведение мультидисциплинарного консилиума (MDT), включающего хирургов, онкологов и химиотерапевтов, с целью выбора оптимальной лечебной тактики. Эффективность мультидисциплинарного подхода доказана в исследованиях **Kesson E.M. (2012)**, где показано достоверное улучшение выживаемости пациентов при участии MDT.

На четвёртом этапе осуществляется радикальное лечение, включающее выполнение хирургического вмешательства с соблюдением принципов онкологической радикальности, проведение лимфодиссекции, а также организацию адекватного послеоперационного ведения пациента. Значимость радикального хирургического лечения и лимфодиссекции подтверждена в работах **Cirocchi R. и соавт. (2013)**, где показано улучшение отдалённых результатов при соблюдении онкологических стандартов.

Реализация данной модели маршрутизации позволяет обеспечить последовательный и обоснованный переход пациента от этапа экстренной помощи к специализированному лечению, что способствует снижению частоты послеоперационных осложнений и летальности, а также повышению отдалённой выживаемости. Данный вывод согласуется с результатами исследования **Hanna T. P. и соавт. (2020)**, в котором показано, что своевременное и полноценное специализированное лечение является одним из ключевых факторов снижения смертности онкологических пациентов.

Предложенная модель полностью соответствует современным представлениям о необходимости интеграции экстренной и онкологической помощи, что подтверждается исследованиями **Cirocchi R. (2013)**, **Pisano M. (2018)** и **Hanna T.P. (2020)**, в которых подчёркивается значимость своевременного перевода пациентов в специализированные центры и соблюдения онкологических принципов лечения.

Выводы. Проведённое исследование продемонстрировало, что результаты лечения пациентов с осложнёнными формами злокачественных новообразований органов брюшной полости в значительной степени зависят от уровня специализированности медицинского учреждения и организации лечебного процесса.

Лечение в специализированных онкологических учреждениях сопровождается более высоким уровнем радикальности оперативных вмешательств, что проявляется в достоверно большей частоте выполнения радикальных операций и лимфодиссекции. Соблюдение принципов онкологической хирургии, включая абластику и антибластику, позволяет повысить онкологическую радикальность лечения и улучшить прогноз заболевания.

В условиях общехирургических стационаров экстренной помощи хирургическая тактика преимущественно направлена на устранение жизнеугрожающих осложнений, что ограничивает возможность выполнения полноценного онкологического вмешательства и приводит к снижению эффективности лечения.

Установлено, что в основной группе отмечается достоверное снижение частоты послеоперационных осложнений и летальности, а также сокращение сроков госпитализации, что свидетельствует о более высоком уровне предоперационной подготовки и стандартизированного послеоперационного ведения пациентов.

Анализ отдалённых результатов показал, что выживаемость пациентов, получавших лечение в специализированных онкологических учреждениях, значительно выше по сравнению с пациентами, пролеченными в условиях экстренной хирургии, что подтверждает ключевую роль онкологической радикальности и мультидисциплинарного подхода в лечении данной категории больных.

Полученные результаты позволяют рассматривать экстренную онкохирургию как самостоятельное направление, требующее интеграции экстренной и онкологической служб, внедрения единых клинических протоколов и совершенствования системы маршрутизации пациентов.

Реализация предложенной модели маршрутизации, включающей этапы экстренной помощи, стабилизации состояния, перевода в специализированное учреждение и проведения радикального лечения, позволяет обеспечить преемственность оказания медицинской помощи и существенно улучшить непосредственные и отдалённые результаты лечения.

Таким образом, совершенствование системы оказания экстренной медицинской помощи онкологическим пациентам является ключевым направлением повышения эффективности лечения, снижения летальности и улучшения качества жизни пациентов.

Вклад авторов. Авторы внесли равнозначный вклад в подготовку и проведение настоящего исследования.

Идея и дизайн исследования были разработаны Азизий Азизхон. Сбор клинического материала, формирование базы данных и первичная обработка информации выполнены автором. Анализ полученных результатов, статистическая обработка данных, а также интерпретация результатов проведены совместно с научным руководителем и консультантами.

Подготовка рукописи, её научное редактирование и окончательное утверждение версии для публикации выполнены автором. Все авторы ознакомлены с содержанием работы и одобрили её финальную версию.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов, связанного с проведением настоящего исследования и публикацией его результатов.

Источник финансирования. Данное исследование выполнено без привлечения внешнего финансирования и не имело спонсорской поддержки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Давыдов М.И., АксельЕ.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в России и странах СНГ. – М., 2007.
2. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России. – М., 2019.
3. Benson A.V., Venook A.P., Al - Hawary M.M., et al. Colon cancer, version 2. – J Natl Compr Canc Netw. – 2021.
4. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel R.L., Torre L.A., Jemal A. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide. – CA Cancer J Clin. – 2020.
5. Cirocchi R., Abrahà I., Farinella E., et al. Safety and efficacy of emergency surgery for colorectal cancer. – Cochrane Database Syst Rev. – 2013.
6. Dadaboev A., et al. Awareness and screening practices of lung cancer in Uzbekistan. – Asian Pac J Cancer Prev. – 2026.
7. Edge S.B., Byrd D.R., Compton C.C., et al. AJ CC Cancer Staging Manual. – 8th ed. – 2017.
8. ESMO Guidelines Committee. Colorectal cancer clinical practice guidelines. – Ann Oncol. – 2022.
9. ESMO Guidelines Committee. Gastric cancer: ESMO clinical practice guidelines. – Ann Oncol. – 2022.
10. Hanna T.P., King W.D., Thibodeau S., et al. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta - analysis. – BMJ. – 2020.
11. Kesson E.M., Allardice G.M., George W.D., Burns H.J.G., Morrison D.S. Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival. – BMJ. – 2012.

12. Mc Ardle C.S., Hole D.J. Emergency presentation of colorectal cancer is associated with poor prognosis. – BrJSurg. – 2004.
13. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Colon Cancer. Version 2023.
14. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Gastric Cancer. Version 2023.
15. Pisano M., Zorcolo L., Merli C., et al. 2017 WSES guidelines on colon and rectal cancer emergencies. – World J Emerg Surg. – 2018.
16. Siegel R.L., Miller K.D., Jemal A. Cancer statistics. – CA Cancer J Clin. – 2023.
17. Sung H., Ferlay J., Siegel R.L., et al. Global Cancer Statistics 2021. – CA Cancer J Clin. – 2021.
18. Torre L.A., Bray F., Siegel R.L., et al. Global cancer statistics. – CA Cancer J Clin. – 2015.
19. Van Cutsem E., Sagaert X., Topal B., Haustermans K., Prenen H. Gastric cancer. – Lancet. – 2016.
20. Weledji E.P. Perspectives on colorectal cancer in emergency surgery. – J Clin Med Res. – 2017.