

© О. В. ЛУКЪЯНЧУК^{1,2}, А. А. МАШУКОВ^{1,2}, А. А. БИЛЕНКО², В. Г. ДУБИНИНА², А. Г. ЛУРИН¹,
Е. Д. БИЛЕНКО³, С. Г. ЧЕТВЕРИКОВ², А. Н. ЗГУРА¹, С. В. МЕРЛИЧ¹, Д. В. РАЦИБОРСКИЙ¹,
В. Е. МАКСИМОВСКИЙ⁴, И. В. ШИЛИН¹, А. И. БОЙЧЕНКО¹

КУ «Одесский областной онкологический диспансер»¹

Одесский национальный медицинский университет²

ООО Медицинский центр «МЕДИКАП»³, г. Одесса

Центр реконструктивной и пластической медицины Одесского национального медицинского университета⁴

Опыт выполнения паллиативных, комбинированных и расширенных операций в неотложной хирургии рака желудка

O. V. LUKYANCHUK^{1,2}, A. A. MASHUKOV^{1,2}, A. A. BILENKO², V. H. DUBININA², A. H. LURIN¹, E. D. BILENKO³,
S. H. CHETVERYKOV², A. N. ZHURA¹, S. V. MERLICH¹, D. V. RATSYBORSKYI¹, V. E. MAKSYMovskyI⁴,
I. V. SHYLIN¹, A. I. BOYCHENKO¹

Odesa Regional Cancer Center¹

Odesa National Medical University²

ООО Medical Center "MEDICAP" Odesa³

Center of Reconstructive and Plastic Medicine ONMedU, Odesa⁴

EXPERIENCE IN THE IMPLEMENTATION OF PALLIATIVE, COMBINED AND EXPANDED OPERATIONS IN EMERGENCY SURGERY OF GASTRIC CANCER

В статье рассмотрен опыт выполнения неотложных абдоминальных онкохирургических операций, выполненных на базе отделения абдоминальной онкологии за период 2012–2014 гг. Всего в исследование включен 51 больной, которым выполнены urgentные и срочные плановые операции по поводу осложнений рака желудка. Всего выполнено 27 паллиативных, 6 расширенных, 15 комбинированных операций. По-настоящему urgentных было только 2, во время которых были выполнены в обоих случаях гастрэктомии со спленэктомией без выполнения расширенных лимфодиссекций. Сделан вывод, что выполнение радикальных операций не увеличивает летальность при осложненном течении рака желудка. В мировой urgentной медицине используются различные классификации срочных, в т. ч. неотложных операций, наиболее унифицированной из которых является классификация WSES-2013. Традиционное, «отечественное» распределение неотложных онкологических операций на urgentные/срочные/плановые или даже чаще на urgentные/плановые является устоявшимся и необходимым. Индивидуализация подхода к каждой urgentной операции, как и вообще тенденция к индивидуализации в онкологии, представляется неотъемлемым мотивом грядущих методологических перемен в неотложной онкохирургии.

The article describes the experience of urgent oncosurgical abdominal operations carried out on the basis of Abdominal Oncology Department for the period 2012–2014 years. In total, the study included 51 patients, who underwent emergent and urgent elective surgery for complications of stomach cancer. Total holds 27 palliative, 6 advanced, 15 combined operations. The really emergent were only 2, during which were performed in both cases gastrectomy with splenectomy without performing extended lymph node dissection. It was concluded that the implementation of radical surgery does not increase mortality rate in complicated gastric cancer. In the world of emergent medicine there are used different classification approaches, including emergency operations, most of which is a unified classification WSES-2013. The traditional distribution of urgent cancer operations in urgent / emergency / routine or even more frequently in the urgent / routine is well established and necessary. Personalisation approach to each of urgent surgical case, as well as general trend towards individualization in oncology seems to be inherent motive of future methodological changes in emergency cancer surgery.

Постановка проблемы и анализ последних исследований и публикаций. Злокачественные эпителиальные опухоли желудка, как свидетельствует статистика ВОЗ, занимают 2-е место среди всех злокачественных новообразований в мире, уступая только лишь раку легкого, и остаются ведущей причиной онкологической летальности во всем мире [10]. Местнораспространенный рак желудка на

момент обращения имеют примерно 70 % больных, удельный вес IV стадии не имеет тенденции к снижению и составляет 50–60 % [11]. В собственных исследованиях частота прорастания желудочной стенки составляла 52,66 %, что обуславливает высокую частоту опухолевых осложнений [12].

Неотложная хирургия рака желудка почти так же многообразна, как и его осложнения. Су-

ществует 2 группы осложнений рака желудка. К первым относят кровотечение, перфорацию, прорастание в соседние структуры, метастазирование и опухолевый стеноз. Редким и крайне тяжелым осложнением рака является флегмона желудка, имеющая, по данным литературы, летальность 88,8 % [9]. Вторые, связанные с прогрессированием опухолевого процесса и не являющиеся urgentными: метастазы Вирхова, Шницлера-Блуме-ра, Джозеф, Айриша, появление асцита, наличие кахексии; паранеопластические синдромы: Лезера-Трела (множественные кератомы), Труссо (венозные тромбозы нижних конечностей), Asanthosis nigricans, эктопический синдром Кушинга.

Но и венозные тромбозы при раке желудка могут являться жизненно опасным осложнением [14] из-за угрозы развития тромбоэмболии легочных сосудов. Поэтому часть авторов рекомендует проведение дооперационной доплерографии сосудов нижних конечностей и постановку некоторым больным кава-фильтров [15].

В литературе мы смогли найти только одно упоминание о сочетании рака желудка с еще одним грозным urgentным осложнением – синдромом верхней полой вены, датированное ноябрем 1975 года [16].

Показания к неотложной операции при раке желудка несколько более конкретны и многообразны. К таковым относят:

- 1) не останавливающееся под влиянием консервативной терапии кровотечение;
- 2) сочетание кровотечения с перфорацией стенки желудка;
- 3) рецидив кровотечения после его остановки в условиях стационара;
- 4) прекратившееся кровотечение при угрозе его возобновления;
- 5) опухолевый стеноз в области розетки кардии, вызвавший тяжелую дисфагию (отсутствие прохождения воды);
- 6) декомпенсированный стеноз антрального отдела желудка;
- 7) перфорация опухоли с развитием диффузного либо ограниченного перитонита.

В т. н. “отечественной” литературе операции, с точки зрения срочности их выполнения, классифицируют на экстренные (urgentные), плановые и срочные [1]. Считается, что экстренная хирургическая операция должна быть выполнена спустя 2 часа после поступления больного в стационар. Экстренные операции выполняет хирургическая бригада в любое время суток в специализованном стационаре; особенностью экстренных операций является отсутствие предоперационного по-

льного дообследования и полноценной предоперационной подготовки. Целью является спасение жизни больного в настоящий момент. При этом не обязательно должно быть достигнуто полное выздоровление. Основные показания здесь – это кровотечение и асфиксия; у онкологических абдоминальных больных основное показание для экстренной операции – это кровотечение из опухоли. В общехирургических стационарах к urgentной хирургической т. н. “семерке” относят острый аппендицит, острую кишечную непроходимость, острый холецистит, перфоративную язву, ущемленную грыжу, острый деструктивный панкреатит, острое желудочно-кишечное кровотечение.

Срочные же операции (не urgentные) [1] выполняются в сроки от 1 до 7 суток после поступления больного в стационар, их особенностью является наличие сравнительно короткого периода дообследования и предоперационной инфузионно-трансфузионной подготовки, компенсации явлений вторичной анемии и т. д. Одним из примеров этой группы операций является формирование билиодигестивных анастомозов при механических желтухах опухолевой этиологии. Большую часть тех операций, которые составили данный обзор нашего хирургического опыта по лечению рака желудка в 2012–2014 гг., и составили именно срочные операции. По-настоящему urgentных было только 2, во время которых были выполнены в обоих случаях гастрэктомии со спленэктомией без выполнения расширенных лимфодиссекций.

Наконец, плановые онкохирургические операции выполняются после тщательного дообследования больного, включающего процедуры стадирования, биопсии, верификации диагноза, подробного кардиологического, неврологического, эндокринологического обследования, выполнения эхокардиоскопии, соблюдения всех стандартов обследования и лечения онкологического больного и т. д. [2, 3, 4].

Всемирное сообщество urgentных хирургов (World Society of Emergency Surgery – WSES) в 2013 году рекомендовало введение в практику терминов “идеальное время до оперирования” и “актуальное время до оперирования”. Термины подразумевают использование классификаций Timing of Acute Care Surgery classification (TACS – программирование острой хирургической ситуации) и ее более поздней редакции – Non-elective Surgery Triage (NEST – незаангажированная хирургическая сортировка) [5].

Шестиуровневая схема, распределяющая пациентов (табл. 1), требующих срочной хирургической операции, на категории “неотложная”, “ур-

Таблица 1. Категорирование операций в американской медицинской системе в зависимости от степени неотложности пациента согласно рекомендациям Всемирного сообщества urgentных хирургов

Категории	Идеальное время до оперирования	Возможный клинический сценарий по WSES	Категория NEST	Замечания
Неотложные	Немедленные (в течение минут)	Гемодинамически нестабильный пациент Кровотечение Проникающее ранение грудной либо брюшной полости	NEST1	Немедленная операция по жизненным показаниям, реанимационные мероприятия параллельно с операцией
	В течение 1 часа	Перфорация полого органа, острая сосудистая недостаточность, острый хирургический сепсис Диффузный перитонит Ишемия конечности Острая диффузная инфекция мягких тканей Абдоминальный компартмент-синдром	NEST2	Хирургическая операция как можно быстрее после проведения начальных этапов интенсивной терапии
Ургентные	В течение 4 часов	Неотложный компартмент-синдром конечности Острый восходящий холангит Ущемленная грыжа Краниотомия	NEST3	-
	В течение 12 часов	Острая кишечная непроходимость Локальный перитонит либо абсцесс брюшной полости Абсцесс мягких тканей Острый аппендицит Открытый перелом	NEST4	Повторное дообследование, набор анализов в процессе ожидания срочного хирургического вмешательства
Полуургентные	В течение 48 часов	Острый холецистит Секонд-лук лапаротомия	NEST5	Преимущество в графике
	В течение 72 часов	Ожоги тяжелой степени	NEST6	Преимущество в графике

гентная” и “полуургентная”. Это позволяет создать приоритет тех пациентов, которые наиболее остро требуют срочной хирургической помощи на основании своего физиологического состояния и степени прогрессирования острого заболевания [6, 7].

M. Mohamed, K. Bissonette, D. Scholten и др. из Hurley Medical Center приводят результаты внедрения системы NEST: “1 ч – 4 ч – 12 ч – 48 ч – 72 ч” в практику большого ургентирующего американского госпиталя (рис. 1). Они пришли к выводу, что из-за занятости операционных, отсутствия достаточного количества ургентного персонала, ошибок сортировки и других причин далеко не всегда получается соответствовать правилу идеального времени до оперирования (ITT). Реальное-актуальное время до операции (ATT) не всегда совпадало с идеальным, что отразилось в простом уравнении:

$$ITT \neq ATT [5]$$

Нужно отметить, что использованное авторами слово “актуальное” говорит о том, что реальные условия функционирования медицинской системы всегда вносят некоторую поправку в предварительные расчеты и планирование. Отставание было небольшим и серьезно не повлияло на течение острого процесса у срочных больных.

Британская National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death [8] так классифицирует срочные хирургические операции. Выделяют неотложные, ургентные, ускоренные и т. н. “элективные” срочные операции (табл. 2). Например, гемиколэктомия считается *неотложной*, если имеется острое толстокишечное кровотечение, угрожающее жизни больного; *ургентной*, если имеются признаки перфорации опухоли; *ускоренной*, если нарастает толстокишечная непроходимость; и *элективной*, если необходимо выполнить удаление опухоли, которая может прогрессиро-



Рис. 1. Hurley Medical Center: многопрофильный госпиталь в штате Мичиган, 20 (!) специализированных направлений оказания неотложной помощи.

вать. Также спленэктомия является, например, *неотложной*, если имеется кровотечение из травматического разрыва капсулы селезенки; *ургентной*, если появились признаки интраабдоминально-

го кровотечения после операции спленэктомии; *элективной*, если есть подозрение на злокачественное или гематологическое заболевание (<http://www.ncepod.org.uk/classification.html>).

Таблица 2. Категорирование операций в британской медицинской системе в зависимости от степени неотложности пациента

Кодировка	Категория	Описание	Время	Описание	Примерные сценарии	Типичные процедуры
1.	Неотложные	Немедленные органспасающие или спасающие жизнь больного операции	Минуты	Доступный операционный блок – “добавление” к существующим спискам, если требуется	Разорванная аневризма аорты Основные травмы живота или грудной клетки Острый инфаркт миокарда (ОИМ)	Пластика разорванной аневризмы аорты Лапаротомии, торакотомия для остановки кровотечения, фасциотомия, коронарная ангиопластика
2.	Ургентные	Острое начало или ухудшение условий, угрожающих жизни, конечности или выживанию органа; фиксация переломов; рельеф тревожных симптомов	Часы	“Чрезвычайная ситуация” (в том числе в ночное время)	Перелом Перфорирование кишечника с перитонитом Острая ишемия конечностей Острые коронарные синдромы (ОКС) Проникающие травмы глаз	Фиксация перелома Лапаротомия для ушивания перфорации, коронарная ангиопластика
3.	Ускоренные	Стабильный пациент требует раннего вмешательства для условия, которое не является непосредственной угрозой жизни, здоровью или выживанию органов	Дни	Плановый список, который имеет запасные мощности	Сухожильные и нервные травмы	Пластика сухожилий и нервов Удаление опухоли с потенциалом кровотечения Ишемическая ангиопластика
4.	“Элективные”	Хирургическая процедура планируется или забронирована заранее плановой госпитализации	Запланированные операции	Планируется до поступления	Охватывает все состояния, не классифицирующиеся как немедленные, срочные или ускоренные	Лапароскопическая холецистэктомия Эндопротезирование Коронарная ангиопластика

Проводя параллели с американской редакцией неотложных состояний, можно сказать, что тайминг NEST1 – это неотложные операции, NEST2/NEST3/NEST4 – различные по степени срочности виды ургентных вмешательств, NEST5 – ускоренные операции, NEST6 – элективные (как бы “избранные плановые”). Онкологические операции, выполненные в клиниках Европы и Америки по плановым показаниям, выполняются после относительно долгого нахождения пациента в т. н. листе ожидания, который может составлять от 2 до 6 месяцев. В нашей системе координат, плановые онкологические операции находятся ближе к т. н. элективным операциям. То есть, такие больные имеют некоторое преимущество в госпитализации и операции, учитывая опасность прогрессирования.

Канадская Saskatchewan Surgical Care Network’s system выделяет 7 уровней срочности выполнения оперативных вмешательств [13]. Приоритет I – операция в течение 24 часов. Приоритет IIa – операция в течение 1 недели. Приоритет IIb – операция в течение 3 недель. Приоритет III – операция в течение 6 недель. Приоритет IV – операция в течение 3 месяцев. Приоритет V – операция в течение 6 месяцев. Приоритет VI – операция в течение 12 месяцев.

Материалы и методы. Предоперационное обследование больных раком желудка проводилось в соответствии со стандартами обследования и лечения онкологических больных. Приказ “Об утверждении протоколов оказания медицинской помощи по специальности “Онкология” от 17.09.03 г. № 554 МОЗ регламентирует “Стандарты диагностики и лечения онкологических больных”. Протокол обследования конкретного больного включал:

Выполнение эзофагогастродуоденоскопии с биопсией, включающей как цитологическое, так и гистологическое подтверждение диагноза. Контрастную рентгенографию желудка. Видеоколоноскопию/ирригоскопию. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Компьютерную/магнитно-резонансную томографию брюшной полости по показаниям. Рентгенографию органов грудной клетки. Выполнение онкомаркеров СА 72-4, СА 19-9, РЭА по показаниям. Компьютерную ангиографию брюшной полости по показаниям. Общеклинические исследования крови и мочи, включающие биохимический анализ крови, коагулограмму, развернутый общий анализ крови и др. Терапевтическое обследование, включающее ЭКГ (в динамике по показаниям), эхокардиоскопию, ко-

ронардиографию по показаниям. Консультацию кардиолога, невропатолога, гепатолога и др. – по показаниям. Диагностическую лапароскопию и чрезбрюшную пункционную биопсию под УЗИ навигацией выполняли по показаниям. Учитывая частые и множественные трансфузии препаратов крови в периоперационном периоде, большинству больных выполняли скрининговое обследование на маркеры вирусных гепатитов, ВИЧ (наличие информированного согласия больного), РВ. Естественно, весь протокол выполнялся только у плановых больных. В случае выполнения срочной операции протокол сокращали, о чем делали запись в истории болезни, проводили мультидисциплинарный консилиум и больного оперировали.

Особую роль у больных с осложненным течением рака желудка играло эндоскопическое исследование, которое выполнялось как ургентно, при планировании ургентной операции, так и планово, если вмешательство носило плановый характер. Особенностью узкоспектральной NBI гастроскопии на аппарате “Olympus”, серия 190 (Япония) является возможность осмотра слизистой желудка в разных частях спектра. Особенность технологии EVIS EXERA III в том, что наряду с осмотром слизистой в обычном белом свете (HD-WLE) больному выполнялся осмотр слизистой в синем спектре видимых лучей (длина волны 415 нм) и в лучах зеленого спектра видимого света (540 нм). Особенностью данного метода являлась возможность видеть стенку желудка как бы “на глубине”: коричневым цветом обозначались поверхностные капилляры, синим цветом – более глубоко расположенные вены и венулы слизистой оболочки. В настоящее время располагаем опытом выполнения 176 подобных исследований (рис. 2–4).

При проведении рентгеноскопии желудка больной не завтракал утром накануне исследования. В качестве рентгеноконтрастного вещества использовали водную взвесь сульфата бария из расчета 200 г сухого порошка на 1600–2000 мл воды. Рентгеноконтрастную взвесь подогревали до 34–36 °С, больной принимал препарат непосредственно перед исследованием per os. Контраст постепенно заполнял верхние отделы желудочно-кишечного тракта, в т. ч. полость желудка, выполняли обзорные и уточняющие снимки желудка чаще всего в прямой проекции. Прием контраста при необходимости повторялся как непосредственно в один этап исследования, так и через 6, 12, 24 часа в случае диагностирования стеноза. Степень стеноза выходного отдела желудка оценивалась следующим обра-

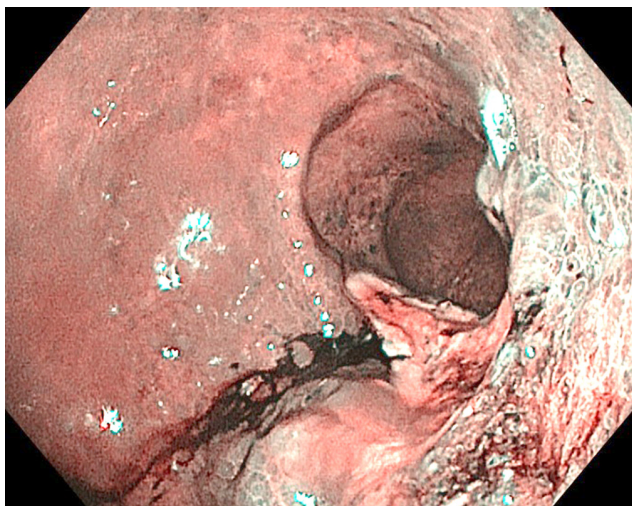


Рис. 2. Фльтрація синей части спектра в NBI 415 нм режимі (фільтрація лучей синього кольору видимої частини спектра створює візуалізацію слизової оболонки шлунка в відтінках червоного): вид пухли шлунка з ознаками кровотечення.

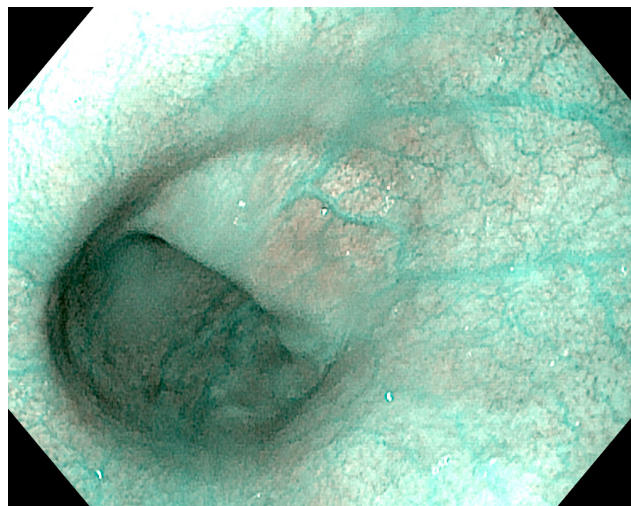


Рис. 3. Візуалізація вазоархітектури слизової оболонки шлунка в променях зеленого спектра видимої частини спектра (540 нм): нормальна слизова виглядає як би «на глибину», 3D ефект за рахунок кращого збільшення та покращеної програмно-апаратної візуалізації нового покоління.

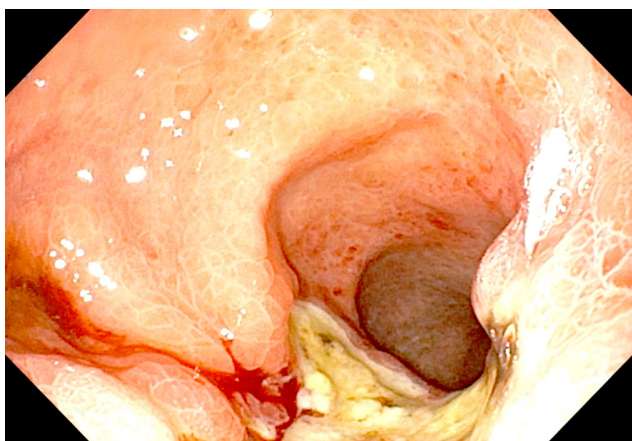


Рис. 4. Вид той же, що і на рисунку 2, пухли шлунка в білому світлі високої роздільної здатності (HD-WLE).

зом: декомпенсований стеноз означає наявність вагони BaSO_4 через 24 години після прийому контрастної рідини *per os*; субкомпенсований – 12–24 години: елімінація контрасту з порожнини шлунка до доби; компенсований – до 12 годин.

В разі екстреної операції хворому виконували загальноклінічні аналізи, ЕКГ, екстрену ЕФГДС, хворий оглядався анестезіологом з встановленням вищої ступеня анестезіологічного ризику за Гологорським, виконувалася категоризація статусу пацієнта за ASA, і він направлявся в операційну.

Результати досліджень і їх обговорення.

Всього в 2012–2014 гг. за екстреними і терміновими показаннями на базі відділення абдомінальної онкохірургії КУ «Одеський онкологічний диспансер» оперовано 51 хворий. Мужчин було

39 (76,47 %), жінок – 12 (23,53 %). Операцій за поводження пухлинним стенозом шлунка було виконано 34 (66,67 %), за поводження пухлинним шлунковим кровотеченням – 7 (13,73 %), перфорації пухли з розвитком перитоніту – 2 (3,92 %), за поводження гострою кишечною непрохідністю, викликованою генералізацією пухлинного процесу в порожнину – 2 (3,92 %), поєднання ускладнень – 3 (5,88 %) (перфорація, розпад і кровотеча). Ступінь пухлинного стенозу розподілялася наступним чином: 5 (9,80 %) хворих мали прояви компенсованого стенозу, 23 (45,09 %) – субкомпенсованого, 6 (11,77 %) – декомпенсованого стенозу шлунка.

За поводження компенсованого стенозу проводились планові оперативні втручання, в 4 (7,84 %) випадках виконано формування обхідного гастроентероанастомозу (ГЕА), в 1 (1,96 %) випадку – дистальну субтотальну резекцію шлунка за Бальфуру. Виконання обхідних анастомозів з Брауновим соустьем проводилося за місцевої нерезектабельності пухлинного процесу.

За поводження субкомпенсованого стенозу. В 16 (31,37 %) випадках ГЕА за запущеності пухлинного захворювання (підшлункова заліза, печеночно-дванадцятипорова зв'язка, наявність канцероматоза, віддалених метастазів); в 5 (9,80 %) випадках – дистальна субтотальна резекція шлунка (в одному випадку з D2, в іншому з D3 лімфодиссекцією (рис. 5), у ще одного хворого – з резекцією підшлункової залізи, незважаючи на терміновий характер втручання); 2

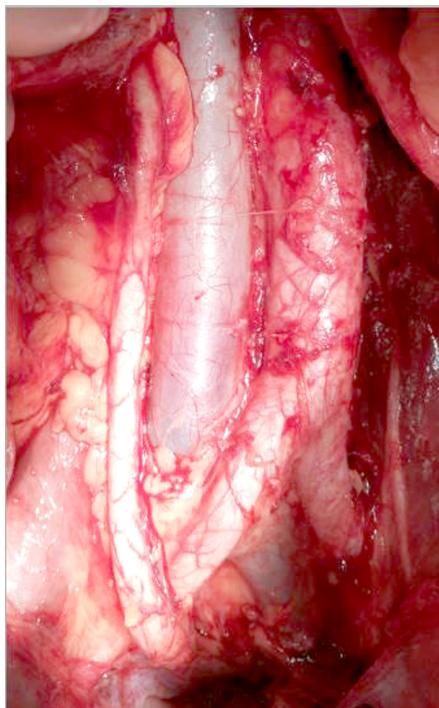


Рис. 5. Вид операционного поля после выполнения парааортальной лимфодиссекции.

(3,92 %) больным выполнена гастрэктомия (ГЭ) со спленэктомией (СЭ).

Декомпенсированный стеноз наблюдался у 6 больных. В 4 (7,84 %) случаях был сформирован гастроэнтероанастомоз, в 1 (1,96 %) случае выполнена ГЭ/СЭ, в 1 (1,96 %) случае у больного после формирования ГЭА в общей лечебной сети у нас выполнена дистальная субтотальная резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру. У одного из больных опухоль желудка достигла размеров 10×12 см, по гистологии – G3 аденокарцинома, при этом отдаленные метастазы отсутствовали. Учитывая генетическую классификацию рака желудка, возможно, мы имели дело с микросателлитно-нестабильным раком (MSI) [17, 18].

Неотложные операции по поводу кровотечения были проведены у 7 (13,73 %) больных. Выполнены 3 (5,88 %) гастрэктомии со спленэктомией с лимфодиссекцией D2, одна из которых – с резекцией поджелудочной железы, 2 (3,92 %) гастрэктомии со спленэктомией, 1 (1,96 %) дистальная субтотальная резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру, 1 (1,96 %) – ГЭ/СЭ/резекция левого купола диафрагмы. По поводу перфорации опухоли в обоих случаях выполнены стандартные гастрэктомия со спленэктомией. В 3 случаях мы наблюдали сочетанные осложнения, когда имели место и перфорация, и кровотечения из опухоли на фоне распада опухоли; были

выполнены ГЭ/СЭ/D2, ГЭ/СЭ на фоне перитонита и дистальная субтотальная резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру. Операции по поводу острой кишечной непроходимости, вызванной “желудочным” канцероматозом: висцеролиз, а также формирование обходного илеотрансверзоанастомоза из-за обструкции на уровне илеоцекального угла метастатическими опухолями.

У 1 (1,96 %) больного была выполнена т. н. “вторичная” ургентная операция – вскрытие и дренирование абсцесса брюшной полости после радикальной операции в КУ “Одесский областной онкологический диспансер”.

Летальности не было.

Существующая система классифицирования тайминга операций на черное и белое, на ургентное и плановое не всегда позволяет корректно отклассифицировать каждый клинический случай, как это показывает опыт наших западных коллег. Мировая ургентная медицина движется в сторону усложнения критериев отбора срочных больных в ту или иную линию неотложной хирургической помощи. Это касается и неотложных онкохирургических больных. Существование т. н. “серых” зон между этими двумя противоположными (плановое и ургентное), по сути, явлениями не является откровением для хирурга-онколога, занимающегося в т. ч. неотложной онкохирургией. Выполнение паллиативного вмешательства (например, тампонада перфоративного отверстия желудка по Оппелю-Поликарпову) у неотложного больного раком желудка не всегда приносит необходимый эффект. “...Никто к ветхой одежде не приставляет заплаты из новой ткани” – то, что является благом при язвенной болезни, осложненной перфорацией, отнюдь не всегда избавляет от перитонита при раке. Инфильтрированные злокачественным процессом ткани не являются надежным пластическим материалом.

Если можно совместить разумный онкологический радикализм с радикальным воздействием на источник перитонита (выполнить гастрэктомию) или кровотечения, то это является несколько более приемлемым как для хирурга, так и для больного. Как с точки зрения устранения источника перитонита, так и с точки зрения отдаленной выживаемости. Имеются существенные морфопатологические различия между перфоративным отверстием, возникшем в стенке желудка в результате перфорации дна язвы, и опухолевой перфорацией; между кровотечением из язвенного дефекта слизистой, которое можно попытаться остановить эндоскопически, и диффузным опухолевым кровотечением, при ко-

тором часто не помогает и локальная хирургическая деартеризация.

Онкохирург, занимающийся неотложной хирургией рака, зависит от уровня имеющейся анестезиологической и реаниматологической службы. Немаловажным отличием неотложной онкохирургии является преклонный возраст большинства онкологических больных, наличие интеркуррентных заболеваний в стадии суб- и декомпенсации. Способность врачей-интенсивистов быстро компенсировать данные группы расстройств, управлять ими во время операции и в послеоперационном периоде является существенным фактором, оказывающим влияние на операционный тайминг. Другими факторами являются укомплектованность учреждения достаточным количеством лабораторного, инструментально-диагностического и другого оборудования, а также доступ к нему в ночной период. Укомплектованность опытным персоналом недостижима без профессиональной мотивации и отраслевой поддержки.

Есть и те вопросы, которые продолжают оставаться без ответа. Например, насколько полно необходимо компенсировать вторичную анемию тяжелой степени, если за несколько часов массивной гемотрансфузии это сделать не удастся прежде, чем выполнить больному гастрэктомию? Нужно ли выполнять гастрэктомию при концентрации гемоглобина, скажем, 70 г/л или следует “терять время” и ожидать “магического” уровня в 100 г/л? Нужно ли интраоперационно восполнять кровопотерю по принципу “капля за каплю” или же вообще обходиться без трансфузий препаратов крови, учитывая высокую опасность интраоперационных гемотрансфузий? Например, в ряде государств на уровне медицинских ассоциаций принято решение исследовать совместимость не только по системам АВ0 и Rh, но и по MNS, когда речь заходит об интраоперационных гемотрансфузиях. И многие другие вопросы ре-

шаются индивидуально в зависимости от установок клиники, кафедры, реаниматологов, конкретного хирурга, требований администрации.

Правило 2 часов, как и правила общехирургической т. н. “ургентной семерки”, имеют отличия от тайминга неотложных онкологических больных. Четкие стандарты, определяющие последовательность действий в неотложной онкохирургии, пока не разработаны. Из 51 больного, оперированного в 2012–2014 гг., по-настоящему ургентных оказалось всего двое, учитывая плановый характер работы областного онкодиспансера. Оказание всем остальным больным осложненным раком желудка неотложной хирургической помощи в более поздние сроки не повлияло на летальность.

В современных нам американских и европейских системах сортировки больных (NCEPOD, TACS, SSCNS, NEST и др.) идеальное хирургическое время не всегда совпадает с актуальным. Количество оттенков серого для каждой классификации, как это было показано выше, индивидуально.

Выводы. 1. В мировой ургентной медицине используются различные классификации срочных, в т. ч. неотложных операций, наиболее унифицированной из которых является классификация WSES-2013.

2. Традиционное, “отечественное” распределение неотложных онкологических операций на ургентные/срочные/плановые или даже чаще на ургентные/плановые является устоявшимся и необходимым.

3. Индивидуализация подхода к каждой ургентной операции, как и вообще тенденция к индивидуализации в онкологии, представляется неотъемлемым мотивом грядущих методологических перемен в неотложной онкохирургии.

4. Выполнение радикальных операций не увеличивает летальность при осложненном течении рака желудка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Петров С. В. Общая хирургия : учебное пособие / С. В. Петров. – 3-е изд., перераб. и доп. – 2010. – 768 с.
2. Стандарты обследования и лечения больных злокачественными новообразованиями основных локализаций. – 1998. – ГУОЗ.
3. Стандарты диагностики и лечения онкологических больных “Об утверждении протоколов оказания медицинской помощи по специальности “Онкология” от 17.09.03 г. Приказ № 554. Министерство здравоохранения Украины.
4. Обновление: стандарты стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи онкологическим больным (приказ МОЗ Украины “Об утверждении протоколов предоставления медицинской помощи по специальности “Онкология” от 17.09.2007. № 554).
5. Non-Elective Surgery Triage (NEST) Classification: Validation on an Acute Care Surgery Service / M. Mohamed, K. Bissonette, D. Scholten. – Hurley Medical Center. Reference: 107304.
6. Kluger World society of emergency surgery study group initiative on Timing of Acute Care Surgery classification (TACS) / Kluger // World Journal of Emergency Surgery. – 2013. – Vol. 8. – P. 17.
7. Wanis Impact of an acute care surgery service on timeliness of care and surgeon satisfaction at a Canadian academic hospital: a retrospective study / Wanis // World Journal of Emergency Surgery. – 2014. – Vol. 9. – P. 4.
8. <http://www.ncepod.org.uk/index.html>
9. Толпинский А. П. Осложнения рака желудка : метод. указания по онкологии / А. П. Толпинский. – Петрозаводск, 1995.

З ДОСВІДУ РОБОТИ

10. Quality of life in cancer chemotherapy randomized trials / B. Curbow, J. V. Bowie, A. C. Martin [et al.] // *Quality of Life Research*. – 1997. – Vol. 6. – P. 684.
11. Возможности хирургического лечения резектабельного рака желудка IV стадии / В. И. Чиссов, Л. А. Ватакмадзе, А. В. Бутенко [и др.] // *Российский онкологический журнал*. – 2003. – № 6. – С. 4–7.
12. Изучение влияния расширенных лимфодиссекций на выживаемость больных раком желудка / Н. А. Добровольский, Н. А. Орел, А. Г. Лурия [и др.] // *Клиническая онкология*. – 2013. – № 4 (12).
13. Wright J. G. The Canadian Paediatric Surgical Wait Times Study Group. Waiting for children's surgery in Canada: the Canadian Paediatric Surgical Wait Times project / J. G. Wright, R. J. Menaker. – *CMAJ* 2011. DOI:10.1503/cmaj.101530.
14. Unexpected outcome from Trousseau syndrome / S. G. Thrumurthy, A. H. Anuruddha, M. I. De Zoysa, D. N. Samarasekera // *BMC Surg*. – 2011. – Vol. 6 (11) P. 1. doi: 10.1186/1471-2482-11-1.
15. Fatal pulmonary thromboembolism in gastrectomy intraoperative procedures by gastric adenocarcinoma: case report / C. Bresciani, P. C. Borges, J. J. Gama-Rodrigues [et al.] // *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Sao Paulo* – 1999. – Vol. 54(4). – P. 115–120.
16. Experience in the treatment of malignant obstructions of the vena cava superior by means of chemotherapeutic decompression and subsequent irradiation / K. Kolaric, Z. Maricic, I. Dujmovic, Z. Mrcic // *Strahlentherapie*. – 1975. – Vol. 150(5). – P. 521–525. [Article in German]
17. Zhang W. TCGA divides gastric cancer into four molecular subtypes: implications for individualized therapeutics / W. Zhang // *Chin. J. Cancer*. – Vol. 33(10). – P. 469–470.
18. Epstein-Barr virus infection as an epigenetic driver of tumorigenesis / A. Kaneda, K. Matsusaka, H. Aburatani, M. Fukayama // *Cancer Res*. – 2012. – Vol. 72(14). – P. 3445–3450. doi: 10.1158/0008-5472.CAN-11-3919.

Получено 05.08.16