**Реферат**

**Вступ.** Захворюваність на рак ободової кишки (РОК) впродовж останніх 10 років стійко зростає. ВООЗ щорічно реєструє понад 940 тис. нових випадків захворювання та близько 500 тис. смертей від РОК (WHO, 2011). За даними Національного канцер-реєстру, рак ободової кишки в 2011–2012 роках має тенденцію до стрімкого зростання захворюваності (Щепотін І.Б., Федоренко З.П.). Основним методом лікування раку ободової кишки, що дає змогу покращити безпосередні і віддалені результати, є хірургічний. Серед первинно виявлених хворих на рак ободової кишки в 2012 році 76,5% мали I–III стадії захворювання, отже потребували виконання радикального хірургічного втручання. Понад 60% всіх випадків раку даної локалізації реєструються у хворих віком 60–79 років. У хворих даної вікової категорії в більшості випадків, окрім симптомів пухлинного захворювання, спостерігається різного ступеня супутня серцево-судинна, дихальна, ендокринна та інша патологія, що підвищує ризик хірургічного лікування. Оперативне втручання спричиняє зниження функції імунної системи, дихальної функції легенів та підвищує ризик тромбоемболічних ускладнень і кардіологічних розладів.

В останні роки розвиток хірургічних технологій дозволив підвищити ефективність хірургічного лікування хворих на рак ободової кишки за рахунок мінімізації хірургічної травми і ранньої реабілітації хворих. Все це сприяло розвитку мультимодальної програми «Fast track surgery» (FTS – хірургія швидкого відновлення) або «Enhanced Recovery After Surgery» (ERAS – прискорення одужання після хірургії), вперше розробленої датським анестезіологом H. Kehlet. Теоретичним обґрунтуванням програми є дослідження відповіді організму на стрес, завданий травматичним ушкодженням, адже будь-яка хірургічна операція є в патофізіологічному сенсі травмою, голодування та патологічну больову аферентацію. Це дало змогу більш досконально осягнути механізми виникнення післяопераційних ускладнень та виробити лікувальну тактику, спрямовану на їх запобігання.

Програма FTS охоплює питання передопераційної підготовки, особливості оперативної техніки та ведення хворих у післяопераційному періоді.

Незважаючи на значне покращення безпосередніх результатів хірургічного лікування шляхом застосування різних варіантів програми швидкого відновлення, в опублікованих роботах оцінювалась лише ефективність окремих її компонентів. Так, у літературному огляді Meakins J.L. та співавт., 2009, рівень достовірності ІА (результат мета-аналізу мультицентрових рандомізованих досліджень) отримали такі параметри, як відмова від механічної очистки ободової кишки, застосування мініінвазивних оперативних доступів або лапароскопічні технології та відмова від рутинної постановки дренажів і катетерів.

У публікаціях авторів, які ставили за мету оцінку ефективності програми швидкого відновлення, значно відрізняються протоколи самої програми, що утруднює об’єктивне порівняння даних (J. M. Ramírez, 2011; S. Muller, 2009; T. Jensen, 2011). Дискутабельними залишаються такі питання, як показання до дренування черевної порожнини, строки початку ентерального харчування, обсяг периопераційної інфузійної терапії та вплив її на частоту післяопераційних ускладнень, а також вплив рутинних гемотрансфузій на кількість післяопераційних ускладнень (S. Brown, 2001;
D. Urbach, 2009; V. Nisanevich, 2010).

Більш ніж за п’ятнадцятирічну історію існування поняття про швидке відновлення та прискорену реабілітацію після оперативного втручання не створено стандартного алгоритму доопераційної підготовки та ведення післяопераційного періоду у хворих на рак ободової кишки, чим пояснюється і відсутність мета-аналізів рандомізованих досліджень. Також слід зазначити, що більшість рандомізованих досліджень, опублікованих за даною тематикою, були спрямовані на пошук найбільш значущих факторів програми швидкого відновлення, які впливали на кількість післяопераційних ускладнень та період реабілітації (M. Hollmann, A. Garth).

На сьогодні існує недостатньо досліджень, які ставили б за мету комплексну оцінку впливу всіх факторів програми швидкого відновлення та створення оптимізованого алгоритму лікування хворих за цією програмою.

Сучасна вартість спеціалізованого лікування хворих, зокрема хірургії та онкології, має тенденцію до стійкого зростання, що висуває принципово нові вимоги до запропонованих лікувальних стратегій – враховувати не лише медико-соціальну ефективність, а й економічну. Проте досліджень, які поряд із запропонованим методом лікування оцінювали б і економічну ефективність, недостатньо.

Таким чином, створення адекватного лікувального алгоритму, що дає змогу знизити ризик ускладнень та зменшити витрати на лікувальний процес, є безумовно актуальною темою дослідницької роботи. Широке застосування її результатів на національному рівні матиме значний ефект для всієї галузі охорони здоров’я.

**Мета дослідження**: покращити безпосередні результати хірургічного лікування та якість життя хворих на рак ободової кишки шляхом розробки та впровадження патогенетично обгрунтованої мультимодальної програми швидкого відновлення.

**Наукова новизна:**

1. Вперше розроблено мультимодальну програму лікування хворих на рак ободової кишки, спрямовану на зменшення кількості післяопераційних ускладнень, зниження вартості лікування, прискорення реабілітації даної категорії хворих та покращення якості їх життя.
2. Вперше проведено рандомізоване багатоцентрове дослідження, спрямоване на оцінку ефективності мультимодальної програми швидкого відновлення.
3. Вперше проведено хірургічне лікування хворих на рак ободової кишки із використанням модифікованої оперативної техніки: оперативні доступи до різних відділів ободової кишки, відмова від рутинного дренування черевної порожнини.
4. Вперше дано інтегральну оцінку всього комплексу заходів програми швидкого відновлення на безпосередні результати лікування із визначенням найбільш значимих факторів ризику.
5. Вперше проведено післяопераційне лікування хворих, засноване на засадах швидкого відновлення після операції, спрямоване на повноцінну медико-соціальну реабілітацію хворих у найкоротші терміни.
6. Вперше проведено оцінку якості життя пацієнтів після лікування за програмою швидкого відновлення та порівняльну оцінку економічного ефекту від хірургічного лікування пацієнтів за традиційною методикою і програмою швидкого відновлення.

**Практична значимість роботи:** впровадження в клінічну практику розробленої і науково обґрунтованої програми хірургічного лікування хворих на рак ободової кишки дасть змогу досягти достовірного і суттєвого зниження рівня післяопераційних ускладнень у поєднанні із зниженням вартості проведеного лікування та більш коротким терміном медико-соціальної реабілітації хворих.

**Науково-технічні результати:** загальна кількість післяопераційних ускладнень у хворих, пролікованих за розробленою програмою швидкого відновлення, склала 8,7%, післяопераційна летальність – 0,9%. Середній термін реабілітації після операції склав (6,3±3,4) доби, що є кращим результатом, ніж у відомих вітчизняних та зарубіжних аналогів.

**Економічна ефективність:** в порівнянні із найкращими вітчизняними та зарубіжними аналогами загальну вартість лікування на 54,5% нижча для тих хворих, які проходили лікування за розробленою програмою.

*Загальна кількість публікацій за темою роботи – 14*

*З них міжнародних – 1*

*Патентівна корисну модель – 1*

*Методичні рекомендації – 1*

*Інформаційний лист – 1*

*Посібник – 1*

*Статті – 4*

*Усних та постерних доповідей на міжнародних конгресах – 5*

*H – індекс становить 3.*

|  |  |
| --- | --- |
| Аспірант з відривом від виробництваНаціонального інституту раку  |  А.П. Безносенко |

|  |  |
| --- | --- |
| Старший науковий співробітник науково-дослідного відділення пухлин органів черевної порожнини та заочеревинного простору Національного інституту раку  |  А.А. Бурлака |

|  |  |
| --- | --- |
| Науковий співробітник науково-дослідного відділення пухлин органів черевної порожнини та заочеревинного простору Національного інституту раку  |  Д.Е. Махмудов |