

## 8. Streszczenie w języku polskim

**Wstęp:** Według najnowszych doniesień, rak jelita grubego to trzeci pod względem częstości występowania nowotwór na świecie, jest obecnie przyczyną 655 000 zgonów rocznie. Raka jelita grubego można podzielić na raka okrężnicy i raka odbytnicy. Rak odbytnicy stanowi 45-50% wszystkich nowotworów złośliwych jelita grubego. Niepokojący staje się fakt, że liczba zachorowań na RJG rośnie w co raz młodszych grupach wiekowych, szczególnie 20-34 lata. Również w Polsce liczba zachorowań na RJG jest bardzo wysoka. Dla mężczyzn odsetek zachorowań na RJG wynosi 11,3%, podczas gdy dla kobiet jest to 10,4%. W przypadku RJG kluczowa jest profilaktyka oraz badanie przesiewowe - kolonoskopia. Niestety, nadal nowotwór ten jest rozpoznawany w Polsce zbyt późno, niemal 20 % chorych w momencie postawienia diagnozy posiada przerzuty odległe. Kluczową metodą leczenia RJG, w tym odbytnicy, jest zabieg operacyjny. Zabiegi operacyjne przeprowadzane w obrębie jamy brzusznej nieodzownie wiążą się z możliwością powikłań. Wiele prac analizowało czynniki sprzyjające obecności powikłań pooperacyjnych po zabiegu raka odbytnicy, jednak nadal wnioski są niejednoznaczne.

**Cel:** Celem pracy jest szczegółowa ocena czynników ryzyka wczesnych powikłań pooperacyjnych w chirurgii raka odbytnicy.

**Material i metody:** Materiał do rozprawy został zebrany na podstawie historii choroby 930 pacjentów chorych na raka odbytnicy i poddanych zabiegowi operacyjnemu w Klinice Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, w latach 2008-2017. Grupa liczyła 553 mężczyzn i 377 kobiet. Zebrane dane poddano analizie statystycznej w programie Statistica 13.1 (Statsoft Polska).

**Wyniki:** Powikłania pooperacyjne wystąpiły u 142 (15,3%) chorych. Najczęściej występującym powikłaniem było zakażenie miejsca operowanego (n=76; 8,2%), a najrzadziej

nieszczelność zespolenia (n=20; 2,2%). U pacjentów wystąpiło, także zatrzymanie moczu (n=30; 3,2%) oraz inne powikłania wymagające zabiegu operacyjnego (n=56; 6%). Istotnie zwiększającymi prawdopodobieństwo nieszczelności były większa średnica guza (p=0,0412) i brak radiochemioterapii przedoperacyjnej (p=0,0395). Zatrzymanie moczu istotnie częściej występowało u płci męskiej (p=0,0068). Istotnie zwiększającymi prawdopodobieństwo zakażenia rany pooperacyjnej były: płeć męska (p=0,0317), wyższe BMI (p<0,0001), większa maksymalna średnica guza (p=0,0255) i przynależność do grupy w skali ASA III i IV (p=0,0439). Powikłania wymagające reoperacji istotnie częściej obserwowano u pacjentów z wyższym BMI (p=0,0103), mniejszą odległością guza od odbytu (p=0,0142), starszym wiekiem (p=0,0409).

**Wnioski:** Występowanie powikłań ogólnie było związane z płcią męską, wyższym BMI i większą maksymalną średnicą guza. Nieszczelność zespolenia występowała częściej u pacjentów, u których była większa maksymalna średnica guza i chorych niepoddanych radiochemioterapii przedoperacyjnej. Zakażenie rany pooperacyjnej częściej występowało u pacjentów płci męskiej oraz posiadających wyższe BMI i przynależących do wyższej grupy w skali ASA (III-IV). Powikłania wymagające interwencji chirurgicznej, takie jak krwawienie i niedrożność, rozwijały się u pacjentów w starszym wieku, z mniejszą odległością guza od brzegu odbytu i grupie bardziej otyłej, o wyższym wskaźniku BMI.