

**СТРУКТУРА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ
УРГЕНТНОЙ РЕЗЕКЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ**

Акилов Х.А., Примов Ф.Ш., Амиров Ш.У.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских
работников, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определить частоту, временную структуру и клиническую тяжесть послеоперационных осложнений у детей после ургентной резекции кишечника.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы результаты лечения 195 детей, которым в 2014–2025 гг. выполнена ургентная резекция кишечника. Первичная стома сформирована у 94 пациентов, первичный анастомоз – у 101. Осложнения классифицировали по времени выявления и клинической форме. Тяжесть исходов оценивали по Clavien–Dindo, включая отсутствие осложнений как категорию 0, медикаментозную коррекцию как степень II, повторное вмешательство под общей анестезией как степень IIIb и летальный исход как степень V. Сравнение распределения тяжести между хирургическими группами проводили категориальными критериями. Осложнения учитывали только при наличии клинического или операционного подтверждения. Несостоятельность анастомоза определяли как нарушение его целостности, потребовавшее релапаротомии и вторичного стомирования. Ранним считали событие, выявленное в непосредственном послеоперационном периоде, отдалённым – после первичной выписки либо на последующих этапах наблюдения. Повторные вмешательства анализировали отдельно от медикаментозно корригируемых состояний.

Результаты. Гладкое послеоперационное течение зарегистрировано у 155 пациентов – 79,5%. Всего выявлено 32 осложнения, из которых 28 – 87,5% возникли в раннем послеоперационном периоде. Ведущим осложнением была несостоятельность первичного анастомоза с релапаротомией и формированием вторичной стомы – 17 случаев. Она составила 8,7% всей когорты, 16,8% группы первичного анастомоза и 53,1% общей структуры зарегистрированных осложнений. Ранняя спаечная кишечная непроходимость и внутрибрюшное кровотечение выявлены по 4 раза – по 2,1% общей выборки. Нагноение операционной раны зарегистрировано у 2 детей – 1,0%, эвентрация передней

брюшной стенки – у 1 – 0,5%. Единственным отдалённым осложнением был кишечно-кожный свищ, выявленный у 4 пациентов – 2,1%. Таким образом, профиль осложнений определялся ранними событиями, требующими активной хирургической диагностики. Категория 0 по Clavien–Dindo отмечена у 75 пациентов после стомирования – 79,8% и у 80 после анастомоза – 79,2%. Степень II зарегистрирована у 2 – 2,1% и 1 – 1,0%, степень IIIb – у 8 – 8,5% и 17 – 16,8% соответственно. Летальный исход наступил у 9 пациентов группы стомирования – 9,6% и у 6 группы анастомоза – 5,9%. Случаев IIIa и IV степени не было. Несмотря на более высокую долю повторных операций после анастомоза, суммарное распределение тяжести исходов между группами статистически не различалось, $p=0,478$. Это расхождение между интегральной тяжестью и клинической структурой осложнений ограничивает интерпретацию одного суммарного показателя. Среди 40 пациентов с осложнённым послеоперационным течением либо летальным исходом доля повторных вмешательств по категории IIIb составила 25 случаев – 62,5%. При первичном анастомозе эта категория встречалась почти вдвое чаще, чем после стомирования – 16,8% против 8,5%, поскольку все случаи несостоятельности требовали хирургической коррекции. Напротив, летальные исходы численно чаще наблюдались после стомирования – 9 против 6, что соответствовало более тяжёлому исходному профилю этой группы. Ранние осложнения составляли 14,4% всей когорты, отдалённые – 2,1%. Соотношение ранних и отдалённых событий было 7 к 1. Низкая частота раневых осложнений и эвентрации указывает, что основной клинический риск был связан не с доступом, а с состоянием кишечника и восстановлением его непрерывности.

Заключение. После ургентной резекции кишечника осложнения преимущественно развивались в раннем послеоперационном периоде. Более половины их структуры приходилось на несостоятельность первичного анастомоза, определявшую потребность в релапаротомии и вторичном стомировании. Сходное распределение по Clavien–Dindo не исключало существенных различий в характере событий. Оценка качества хирургической тактики должна учитывать не только общую частоту осложнений, но также их механизм, сроки выявления и необходимость повторной операции. Стандартизированное представление осложнений должно одновременно включать временную фазу, клиническую форму и степень Clavien–Dindo. Такой подход предотвращает потерю информации при сведении разнородных исходов к одной суммарной частоте.