



КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРВИЧНОГО КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА У ДЕТЕЙ

Акилов Х.А., Примов Ф.Ш., Амиров Ш.У.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определить предоперационные и интраоперационные факторы, ассоциированные с несостоятельностью первичного кишечного анастомоза у детей.

Материал и методы. Проанализирован 101 пациент после первичного кишечного анастомоза. Несостоятельность, потребовавшая релапаротомии и формирования вторичной стомы, развилась у 17 детей, у 84 осложнение отсутствовало. Сравнивали путь поступления, тяжесть состояния, диагноз, гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, СОЭ, альбумин, СРБ и интраоперационные признаки. Для категориальных переменных применяли χ^2 и точный критерий Фишера, для количественных – непараметрическое сравнение. Однофакторная логистическая регрессия использована для расчёта ОШ с 95% ДИ. Индивидуальную дискриминационную способность лабораторных показателей оценивали ROC-анализом. Суммарный койко-день не включали в перечень предикторов, поскольку его увеличение являлось следствием повторной операции. Продолжительность антибактериальной терапии также интерпретировали как ранний маркер осложнённого течения, а не исходный фактор. В многофакторную модель включали признаки разных фаз лечения, однако соотношение 17 событий к числу ковариат было менее 3 к 1 и создавало риск нестабильности коэффициентов.

Результаты. Частота несостоятельности составила 16,8%. Пол и возраст не были связаны с осложнением. Пациенты с несостоятельностью реже поступали самостоятельно – 58,8% против 88,1%, $p=0,01$ и чаще доставлялись скорой медицинской помощью – 17,6% против 0%, $p=0,002$. Тяжёлое состояние отмечено у 47,1% против 13,1%, $p=0,003$, крайне тяжёлое – у 11,8% против 0%, $p=0,027$. Перитонит регистрировался у 17,6% против 2,4%, $p=0,043$, кишечная непроходимость иной этиологии – у 17,6% против 1,2%, $p=0,013$, спаечная непроходимость – у 11,8% против 0%, $p=0,027$. Гемоглобин был ниже – $108,3 \pm 3,2$ против $120,1 \pm 3,2$ г/л, $p=0,013$, как и



альбумин – $33,4 \pm 0,62$ против $39,2 \pm 0,61$ г/л, $p=0,001$. Лейкоциты составляли $11,2 \pm 0,66$ против $8,9 \pm 0,51 \times 10^9$ /л, $p=0,007$, СОЭ – $8,75 \pm 1,37$ против $5,38 \pm 0,53$ мм/ч, $p=0,024$, СРБ – $66,7 \pm 3,64$ против $55,3 \pm 3,42$ мг/л, $p=0,025$. Наиболее сильными факторами были разлитая или гнойная контаминация – ОШ 12,78, 95% ДИ 3,37–48,51, перитонит – ОШ 9,25, 95% ДИ 2,81–30,42 и некроз, перфорация или гангрена кишки – ОШ 4,49, 95% ДИ 1,39–14,54. Кишечная непроходимость повышала шансы осложнения в 4,82 раза. Наибольшую индивидуальную дискриминацию показали СРБ – AUC 0,876 и альбумин – AUC 0,847. AUC лейкоцитов составила 0,781, гемоглобина – 0,694. Многофакторная модель имела AUC 0,719, но не достигла формальной значимости, LLR $p=0,069$. Суммарная продолжительность госпитализации при несостоятельности была выше – $30,47 \pm 4,35$ против $17,83 \pm 1,44$ суток, $p=0,003$. Этот показатель отражал последствия релапаротомии. Снижение гемоглобина на 1 г/л сопровождалось уменьшением шансов благоприятного исхода, ОШ 0,96, $p=0,026$. Для лейкоцитов ОШ составило 1,37 на 1×10^9 /л, 95% ДИ 1,12–1,67, $p=0,002$, для СРБ – 1,07 на 1 мг/л, 95% ДИ 1,03–1,10, $p<0,001$. Путь поступления направлением или переводом имел ОШ 5,42, 95% ДИ 1,43–20,55, $p=0,013$, но не включался в клиническую шкалу как организационный показатель. Оптимальный порог многофакторной модели обеспечивал чувствительность 53,3% и специфичность 85,7%. Широкие доверительные интервалы наиболее сильных интраоперационных факторов отражали малое число событий.

Закключение. Риск несостоятельности преимущественно определялся распространённым воспалительно-деструктивным поражением и контаминацией брюшной полости. Анемия, гипоальбуминемия и лабораторные признаки воспалительного ответа дополняли интраоперационную оценку. Из-за 17 событий однофакторные оценки являются более устойчивыми, чем многофакторная модель. Выявленные предикторы требуют независимой проспективной валидации. Прогностическая оценка должна приоритетно учитывать интраоперационные признаки, дополняя их лабораторным профилем. Организационные параметры и послеоперационные маркеры нельзя смешивать с причинными предикторами при формировании лечебной тактики.