

## Классификация хирургических осложнений (с комментарием редколлегии)

В.М. ТИМЕРБУЛАТОВ\*, Ш.В. ТИМЕРБУЛАТОВ, М.В. ТИМЕРБУЛАТОВ

ФГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», Уфа, Россия

**Цель исследования** — разработка классификации хирургических осложнений.

**Материал и методы.** Проведен анализ наиболее распространенных и предложенных в последнее время классификаций хирургических осложнений (Clavien—Dindo, Occordion, R. Satava и соавт., А.М. Казарян и соавт.), ретроспективное продольное исследование осложнений у 25 556 оперированных больных. Рассмотрены частота осложнений в зависимости от степени тяжести, методы их коррекции, влияние осложнений на продолжительность стационарного лечения.

**Результаты.** На основании критического анализа существующих классификаций и изучения частоты, тяжести хирургических осложнений, методов их лечения, удлинения сроков пребывания в стационаре предложена новая классификация хирургических осложнений. Выделены 5 степеней тяжести осложнений, в основу классификации положены анатомический принцип, тип (вид) осложнения (в области хирургического доступа, оперированного органа, полости), методы коррекции, зависящие от типа, тяжести осложнения: учтена причинно-следственная связь осложнения с методом устранения, а также с увеличением сроков лечения.

**Заключение.** Предложенная классификация обоснована анатомически, учитывает причинно-следственную связь осложнения и метода его коррекции, а также изменения сроков лечения.

*Ключевые слова:* хирургические осложнения, классификация.

## Classification of surgical complications

V.M. TIMERBULATOV, SH.V. TIMERBULATOV, M.V. TIMERBULATOV

Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

**Aim.** To develop classification of surgical complications.

**Material and methods.** The most common and recently proposed classifications of surgical complications (Clavien—Dindo, Occordion, R. Satava, et al., A. Kazaryan, et al.) were analyzed. Postoperative complications in 25 556 patients were retrospectively assessed. Incidence and severity of complications, methods of their correction, effect of complications on length of hospital-stay were analyzed.

**Results.** As a result of comprehensive analysis, new classification of surgical complications was proposed. 5 grades of complications were identified. Classification is based on anatomical features, type of complications (within surgical access, organ or cavity), correction depending on this type, severity of complications. Causal relationship of complication with type of repair and increased length of hospital-stay was considered.

**Conclusion.** Classification proposed is anatomically justified, considers causal relationship of complications and their repair, as well as length of hospital-stay.

*Keywords:* surgical complications, classification.

## Введение

По данным ВОЗ, ежегодно в мире выполняют 234 млн обширных оперативных вмешательств, серьезные осложнения развиваются в 3—16% случаев, показатели стойкой нетрудоспособности или смертности составляют 0,4—0,8%, а в развивающихся странах — 5—10% [1].

В специальной отечественной литературе отсутствует общепринятая классификация хирургических осложнений, как, впрочем, и упорядоченная, систематизированная форма учета этих осложнений в системе здравоохранения. Существует несколько

классификаций послеоперационных осложнений в специальностях «кардиохирургия» [2], «легочная хирургия» [3], а также при абдоминальной травме [4]. Недавно А.М. Казарян и А.Л. Акопов [5] предложили российскую редакцию классификации осложнений в хирургии, представляющую собой комбинацию двух систем оценки: классификации интраоперационных неблагоприятных инцидентов по R. Satava [6] и модификации классификации послеоперационных осложнений Occordion [7, 8].

Для достоверной оценки качества лечения, возможности сравнения результатов, полученных в раз-

ных клиниках, медицинских организациях, различными методами лечения, а также внутри клиники в разное время, способы их определения должны быть стандартизованными и воспроизводимыми [9, 10]. Кроме того, и пациенты, и государственные и частные страховые компании все чаще нуждаются в объективных и надежных показателях и критериях для оценки качества и стоимости медицинских услуг. Это также важно для разработки политики в области здравоохранения с учетом сравнительных данных по отдельным больницам и персонально по врачам, такие сведения имеют влияние на рынке медицинских услуг и могут способствовать повышению их качества и одновременно снижению расходов на здравоохранение [12].

Единая оценка хирургических вмешательств ограничена отсутствием консенсуса по определению послеоперационных осложнений и их стратификации по степени тяжести [9, 13—16]. В 1992 г. были предложены общие принципы классификации осложнений с выделением 4 степеней тяжести (P. Clavien, 1992) [9]. В последующем эта классификация была дополнена D. Dindo [17]. Классификация Clavien—Dindo широко используется во многих странах.

Цель исследования — разработать классификацию послеоперационных осложнений, основанную на анатомических принципах и связанную с этапами выполнения хирургических вмешательств.

## Материал и методы

Проведено ретроспективное продольное исследование 25 556 историй болезни больных, находившихся в трех хирургических отделениях одной из городских больниц Уфы, за 2011—2016 гг. В большинстве случаев оперативные вмешательства произведены на органах брюшной полости и забрюшинного пространства. Учету подлежали только те хирургические осложнения, которые были документированы в исто-

рии болезни. Осложнения, возникшие после выписки (в течение 30 дней), и их устранение при повторной госпитализации были отнесены к первичному случаю. К осложнениям IV степени (стойкая утрата трудоспособности — инвалидность) не были причислены последствия онкологических оперативных вмешательств, вопросы медико-социальной экспертизы которых находились под ведением онкологов.

## Результаты и обсуждение

В зависимости от типа хирургического отделения, характера и объема выполненных оперативных вмешательств послеоперационные осложнения встречались в 0,46 — 5,25% случаев. При этом в отделении, где выполняли плановые абдоминальные хирургические вмешательства (I тип), послеоперационные осложнения отмечены в 2,1% случаев, в отделении экстренной хирургии (II тип) — в 5,25%, а в специализированном урологическом отделении (III тип) — в 0,46%. Структура осложнений в трех отделениях в соответствии с предложенной классификацией была следующей (табл. 1): в хирургическом отделении I типа осложнения IA степени составили 62,96%, IB — 5,55%, IIA — 14,81%, IIB — 9,25%, IIC — 3,7%, III — 3,7%, IV — 0 и V — 1,4%; в хирургическом отделении II типа — соответственно 66,88, 6,29, 6,95, 13,24, 3,31, 3,3, 0,33 и 2,2%; в хирургическом отделении III типа — соответственно 26,66, 0, 40, 20, 0, 10, 0 и 3,33%.

Оценены возможные взаимосвязи между различными степенями тяжести осложнений и операциями различной сложности, продолжительность стационарного лечения при возникновении осложнений. Сопоставление частоты, тяжести осложнений и степени сложности оперативных вмешательств по классификации H. Klotz и соавт. (1996 г.), не выявило статистически значимой зависимости, закономерно чаще встречались осложнения IA степени при операциях типа А, осложнения II—III степени при опе-

**Таблица 1.** Классификация хирургических осложнений Clavien—Dindo

Класс	Определение
I	Любое отклонение от нормального течения послеоперационного периода без необходимости медикаментозного лечения или хирургических, эндоскопических, радиологических вмешательств
II	Требующие лечения медикаментозными препаратами, помимо допускаемых для I класса осложнений, также включены переливание крови и общее парентеральное питание
III	Требующие хирургических, эндоскопических, радиологических вмешательств
IIIA	Вмешательства без общего обезболивания
IIIB	Вмешательства под общим обезболиванием
IV	Жизнеопасные осложнения (включая осложнения со стороны ЦНС)*, требующие лечения в отделениях интенсивной терапии/реанимации
IVA	Дисфункция одного органа (включая гемодиализ)
IVB	Полиорганная недостаточность
V	Смерть пациента
Суффикс «d»	Если у пациента были осложнения во время выписки (которые привели к инвалидности), суффикс «d» добавляется к соответствующему классу осложнения

*Примечание.* \* — кровоизлияние в мозг, ишемический инсульт, субарахноидальное кровоизлияние, но исключая транзиторную ишемическую атаку.

рациях типов В и С ( $p > 0,05$ ). Исходя из этого, типы операций — степень их сложности не рассматривали.

В то же время отмечена значительная корреляция степени хирургических осложнений с продолжительностью пребывания в стационаре ( $p < 0,01$ ). Так, при осложнениях IA, IB степени продолжительность стационарного лечения увеличивалась в среднем в 1,5 раза (до  $14,5 \pm 2,3$  дня), при осложнениях II—III степени — в 2 раз и более (до  $21,7 \pm 3,8$  дня). Минздрав России в письме от 21.12.15 №11-9/10/2-7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 г.» рекомендует среднюю длительность пребывания одного пациента в стационаре по профилю медицинской помощи «хирургия» в 8,9 дня. Несомненно, возникшие хирургические осложнения заметно повышают стоимость стационарного лечения больного (стоимость повторных операций, пребывания в стационаре), хотя целесообразность включения данного аспекта лечения в классификацию сомнительна. Ряд авторов также считают, что классификация осложнений, объединяющая медицинские, финансово-экономические аспекты и перспективы больного, невозможна, так как корреляция этих различных факторов достаточно низкая [18].

Мы также проанализировали методы устранения хирургических осложнений — от консервативных, медикаментозных (чаще всего антибиотиками), манипуляций без анестезии (эвакуация гематом, поверхностных абсцессов, разведение операционной раны), чрескожных вмешательств (ЧКВ) под местной анестезией до повторных оперативных вмешательств под общим обезболиванием (осложнения II степени). Осложнения III степени, как правило, требовали лечения в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации. Несомненно, в лечении хирургических осложнений существуют различные подходы, нередко они определяются традициями разных клиник, опытом хирурга, но в любом случае для эффективного лечения должны быть выбраны наименее инвазивные и желателно недорогие методы.

Представляется важным определение самого понятия «хирургическое осложнение»: по P. Clavien [9], это любое отклонение от нормального послеоперационного течения. Данное определение также учитывает такие осложнения, как аритмия, ателектаз легких. В настоящее время нет определения термина «нормальное послеоперационное течение». Обычно под этим понятием имеют в виду состояние пациента после выполненных хирургических процедур, вмешательств без каких-либо осложнений, связанных с непосредственным воздействием (влиянием) операционной травмы (хирургической агрессии), включая ситуации, не сопровождающиеся клинической манифестацией.

По нашему мнению, нормальное послеоперационное течение — это определенные параметры состояния пациента во время пребывания больного в стационаре и в ходе наблюдения его после выписки, если физиологическое состояние больного укладывается в пределы общепринятых 13 констант функционирования человеческого организма. Послеоперационный период до 90 дней — тот временной интервал, когда проявляются и диагностируются практически все осложнения, а также происходит разрешение воспалительных процессов.

В классификациях P. Clavien [9], D. Dindo [17] оценка степени тяжести (класса) хирургических осложнений (нет названия осложнения) основывается на необходимости выполнения какого-либо метода их устранения — консервативного или хирургического или проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий (табл. 1).

Следовательно, классификация Clavien—Dindo является лечебно-ориентированной, в ней не указаны вид, характер осложнения, ведущим компонентом выделен метод устранения, лечения, т.е. без причинно-следственной связи. Всегда остается вопрос: по поводу какого осложнения мы прилагаем свои усилия? В итоге классифицируются не хирургические осложнения, а методы лечения (коррекции) осложнений, оценивается не тяжесть, а эффективность выполняемых действий.

В «Российской редакции классификации осложнений в хирургии» [5] сохраняется классификация Clavien—Dindo в ее содержательной части и предлагаются определенные усовершенствования, дополнения к ней. Следует заметить, что и в объединенной авторами классификации, и в классификации R. Satava [6] обсуждаются хирургические ошибки, а не хирургические осложнения, которые являются предметом обсуждения судебной медицины, требуют правовой оценки, т.е. непосредственно к предмету рассмотрения не относятся. Авторы предлагают заменить термин «хирургические осложнения» термином «периоперационные негативные события», последние в свою очередь включают в себя как «интраоперационные неблагоприятные происшествия (инциденты)», так и «послеоперационные осложнения». Объясняется это тем, что остается непонятным отличие «интраоперационных происшествий» от, например, «интраоперационных осложнений». Слово «событие» по В. Далю означает все, что сбылось, случай, происшествие, а слово «происшествие» — событие, случай, приключение, т.е. эти слова являются синонимами, и вряд ли целесообразно одно из них включать в объединяющее другое слово, поскольку происходит большая путаница, в том числе в смысловой интерпретации терминов. Непонятна также цель исключения термина «хирургические осложнения». По существу, любые отклонения, связанные с выполнением хирургического вмешательства

**Таблица 2. Классификация хирургических осложнений**

Степень	Характер осложнения	Лечебные мероприятия	Сроки лечения* (увеличения)
I	Области хирургического доступа		
IA	Гематома, нагноение	Эвакуация	
IB	Эвентрация кишечника	Устранение эвентрации под наркозом	
II	Полостные		
IIA	Органые — области хирургического вмешательства (кровотечение, инфицирование, несостоятельность анастомоза)	Антибиотики, чрескожное вмешательство (под местной анестезией) Повторная операция под общей анестезией	
IIВ	Внутриполостные — перитонит, плеврит, менингит, илеус, некупированный перитонит	Антибиотики, чрескожное вмешательство (под местной анестезией) Повторная операция под общей анестезией	
IIС	Интраоперационные (незамеченные) повреждения органов, трубчатых структур	Повторная операция под общей анестезией	
III	Системные (синдром системной воспалительной реакции, сепсис)	Лечение в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии, устранение источника сепсиса	
IV	Инвалидность	Медико-социальная реабилитация	
V	Смерть		

*Примечание.* \* — отмечаются дни увеличения сроков (рекомендованных) лечения при данном заболевании.

(как интра-, так и послеоперационные) являются хирургическими осложнениями.

В предложенной нами классификации (табл. 2) главными элементами являются сами хирургические осложнения и степень их тяжести. Осложнения выделены в соответствии с их анатомической локализацией — областью хирургического доступа, выполнения хирургического вмешательства: стенки полости (например, брюшная стенка), область органа (где выполнялось вмешательство), полости (когда патологический процесс переходит за пределы органа). Отдельно выделены интраоперационные (незамеченные) осложнения, выявленные в послеоперационном периоде, системные осложнения, которые, как правило, утяжеляют предшествующие осложнения I—II степени; IV степень хирургических осложнений соответствует стойкой утрате трудоспособности, V степень — летальному исходу.

В зависимости от степени тяжести хирургических осложнений в классификации предусмотрены соответствующие лечебные мероприятия, включая методы хирургической коррекции, при системных осложнениях — лечение в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. Полагаем, что предложенная классификация основывается на причинно-следственных связях между хирургическими осложнениями и обоснованными методами их коррекции.

Необходимым также считаем раздел, отражающий сроки лечения (увеличение) в стационаре при

возникновении осложнений. Данный критерий не только определяет степень тяжести осложнения, но и характеризует адекватный выбор метода его устранения. Несомненно, эти показатели имеют важное экономическое значение при оплате медицинских услуг страховыми компаниями.

В определенной мере степень тяжести хирургических осложнений может быть прогностическим критерием риска наступления смертельного исхода. При осложнениях области хирургического доступа (IA и IB) риск смерти минимальный (<1%), при IIA он составляет менее 5%, при IIВ (повторные операции) — 15—20%, при IIС — до 30% и при осложнениях III степени — более 30%.

## Заключение

Предлагаемая классификация хирургических осложнений принимает во внимание анатомическую локализацию вмешательства, основой является наличие самого осложнения и степени его тяжести. Классификация включает методы устранения с учетом способа анестезии и необходимости проведения интенсивной терапии, реанимационных мероприятий, а также предусматривает увеличение сроков стационарного лечения.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**



## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. *Практическое руководство по использованию контрольного перечня ВОЗ по хирургической безопасности, 2009.* [Practical guidance on the use of the WHO checklist for surgical safety, 2009. (In Russ.)]. [www.who.int/patientsafety/safesurgery/en](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en)
2. Бураковский В.И., Рапопорт Я.Л. Классификация ранних послеоперационных осложнений в хирургии сердца. *Грудная хирургия.* 1969;6:3-10. [Burakowski VI, Rapoport YaL. Classification of early postoperative complications in cardiac surgery. *Grudnaya chirurgiya.* 1969;6:3-10. (In Russ.)].
3. Мельник В.М. Классификация послеоперационных осложнений в легочной хирургии. *Грудная хирургия.* 1985;4:49-53. [Melnik VM. Classification of postoperative complications in pulmonary surgery. *Grudnaya chirurgiya.* 1985;4:49-53. (In Russ.)].
4. Шемякин И.С., Езов В.М., Курицын А.Н. Классификация послеоперационных осложнений абдоминальных ранений. *Военно-медицинский журнал.* 1986;6:28-31. [Shemyakin IS, Yezhov VM, Kuricin AN. Classification of postoperative complications of abdominal injuries. *Voен.-мед. zhurn.* 1986;6:28-31. (In Russ.)].
5. Казарян А.М., Акопов А.Л. Российская редакция классификации осложнений в хирургии. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова.* 2014;2:86-91. [Kazaryan AM, Akopov AL. Russian edition of complications in surgery. *Vestnik chir.* 2014;2:86-91. (In Russ.)].
6. Satava RM. Identification and reduction of surgical error using simulation. *Minimally Invasive Therapy and Allied Technologies.* 2005;14:257-261. PMID: 16754172. <https://doi.org/10.1080/13645700500274112>
7. Porembka MR, Hall BL, Hirbe M and Strasberg SM. Quantitative weighting of postoperative complications based on the accordion severity grading system: demonstration of potential impact using the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program. *Journal of the American College of Surgeons.* 2010;210:286-298. PMID: 20193891. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2009.12.004>
8. Strasberg SM, Linehan DC, Hawkins WG. The accordion severity grading system of surgical complications. *Ann Surg.* 2009;250:177-186. PMID: 19638919. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181afde41>
9. Clavien P, Sanabria J, Strasberg S. Proposed classification of complication of surgery with examples of utility in cholecystectomy. *Surgery.* 1992;111:518-526. PMID: 1598671.
10. Khuri SF, Daley J, Henderson W. The Department of Veterans Affairs' NSQIP: the first national, validated, outcome-based, risk-adjusted, and peer-controlled program for the measurement and enhancement of the quality of surgical care. National VA Surgical Quality Improvement Program. *Ann Surg.* 1998;228:491-507. PMID: PMC 1191523.
11. Nashef SA, Roques F, Michel P, et al. European system for cardiac operative risk evaluation (EuroSCORE). *Eur J Cardiothorac Surg.* 1999;16:9-13. PMID: 10456395.
12. Daley J, Henderson W, Khuri S. Risk-adjusted surgical outcomes. *Annu Rev Med.* 2001;52:275-287. <https://doi.org/10.1146/annurev.med.52.1.275>
13. Pomposelli J, Gupta S, Zacharoulis D. Surgical complication outcome (SCOUT) score: a new method to evaluate quality of care in vascular surgery. *J Vasc Surg.* 1997;25:1007-1015. PMID: 9201161.
14. Gawande A, Thomas E, Zinner M, Brennan T. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery.* 1999;126:66-75. <https://doi.org/10.1067/msy.1999.98664>
15. Veen M, Lardenoye J, Kastelein G. Recording and classification of complications in a surgical practice. *Eur J Surg.* 1999;165:421-424. <https://doi.org/10.1084/110241599750006622>
16. Pillai S, van Rij A, Williams S. Complexity- and risk-adjusted model or measuring surgical outcome. *Br J Surg.* 1999;86:1567-1572. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2168.1999.01286.x>
17. Dindo D, Demartines N and Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Annals of Surgery.* 2004;240(2):205-213. PMID: 15273542. PMC1360123.
18. Hunt CM, Camargo CA, Jr, Dominitz JA. Effect of postoperative complications on health and employment following liver transplantation. *Clin Transplant.* 1998;12:99-103. PMID: 9575336.

### КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Тимербулатов В.М., Тимербулатов Ш.В., Тимербулатов М.В. Классификация хирургических осложнений. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* 2018;9:61-65. <https://doi.org/10.17116/hirurgia201809162>

### TO CITE THIS ARTICLE:

Timerbulatov VM, Timerbulatov ShV, Timerbulatov MV. Classification of surgical complications. *Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova.* 2018;9:61-65. <https://doi.org/10.17116/hirurgia201809162>

## Комментарий

Любая хирургическая операция может быть осложнена развитием того или иного патологического состояния, которое ухудшает процесс восстановления больного после вмешательства, а в некоторых случаях служит причиной его инвалидизации или смерти. Классификация хирургических осложнений, как и любая другая классификация, является квинтэссенцией имеющихся знаний о проблеме, которая должна отвечать не только сугубо академическим требованиям, но и быть связана с повседневной врачебной практикой. Формулировка диагноза базируется на правильном использовании классификации, а ее точность определяет алгоритм лечебных мероприятий в каждом конкретном случае. Создание любой классификации базируется на соблюдении принципов полноты перечисления всех необходимых элементов описываемой системы; понятия не могут пересекаться между собой; должна соблюдаться иерархия признаков; нельзя допустить ситуации, когда один и тот же клинический случай мог быть отнесен к двум и более рубрикам классификации.

В настоящее время наиболее популярна классификация хирургических осложнений Clavien—Dindo, предложенная в 2004 г., отличительной чертой которой является универсальность, позволяющая использовать ее в разных областях хирургии — от

нейрохирургии до травматологии и ортопедии. Основопологающим элементом этой классификации служит характер лечебных мероприятий, используемых для ликвидации осложнения, а не сами осложнения, что, по мнению ряда авторов, не позволяет полноценно оценить качество проведенного лечения.

Коллективом авторов из Башкирского государственного университета Минздрава России было проведено исследование с целью разработки собственной классификации хирургических осложнений, основывающейся на «анатомических» принципах осложнений. Ретроспективно были оценены истории болезни более 25 тысяч больных, находившихся на лечении в хирургических стационарах Уфы в период с 2011 по 2016 г. Из описания материалов и методов исследования не ясно, какому числу больных были выполнены оперативные вмешательства, а какие были пролечены консервативно. Авторами были проанализированы только те осложнения, которые документированы в истории болезни, что отразилось на итоговом показателе частоты послеоперационных осложнений, не превышающем 6% в отделениях, где оказывается urgentная хирургическая помощь, хотя в том же исследовании D. Dindo общая частота осложнений составила 16,4% [1]. Относительно низкая частота осложнений, скорее всего, обусловлена

ретроспективным характером исследования и особенностью ведения медицинской документации, когда регистрируются только те осложнения, для устранения которых требуются медицинские манипуляции. Кроме того, непонятно каким образом по стационарным историям болезни оценивался 30-дневный период наблюдения, значительная часть которого приходилась на амбулаторный этап лечения, поскольку продолжительность пребывания больного в стационаре, даже при наличии осложнения II—III степени составляла, по данным авторов, в среднем около 3 нед. Также, не дана частота повторных госпитализаций из-за развившихся осложнений.

Предлагаемая коллективом авторов классификация, является, по своей сути, несколько модифицированной классификацией Clavien—Dindo, в которой объединены осложнения I и II степени, выделены в отдельные группы сепсис (III) и инвалидность (IV), которая в оригинале представлена префиксом «d».

К I степени были отнесены осложнения, возникающие в области хирургического доступа, при этом гематома и нагноение раны, выделенные в самостоятельную группу IA, предлагается устранять путем эвакуации или дренирования, однако не учитываются другие возможные раневые осложнения, такие как, к примеру, анаэробная флегмона, требующая выполнения обширного, агрессивного хирургического вмешательства. Осложнение IB соответствует эвентрации кишечника. Для ликвидации этого осложнения рекомендуется выполнение вмешательства под наркозом. Вместе с тем известно, что не всегда ограниченная подкожная эвентрация требует активного хирургического лечения.

Осложнения, возникшие в брюшной полости (полостные) отнесены ко II степени. IIА и IIВ осложнения не отличаются по характеру лечебных мероприятий, необходимых для их устранения, при этом не совсем ясно, для чего в группе IIВ разделять перитонит и некупированный перитонит, если лечебные мероприятия при этих состояниях не отличаются. Несостоятельность анастомоза, отнесенная к группе IIА также может сопровождаться перитонитом. Осложнениями IIС, по мнению авторов, следует считать интраоперационные незамеченные повреждения органов и трубчатых структур, требующие повторного оперативного вмешательства. Возникает закономерный вопрос — что считать трубчатым органом? К примеру, незамеченное повреждение маточной трубы может и не требовать операции, а при краевом повреждении мочеочника в некоторых ситуациях можно ограничиться его наружным или внутренним стентированием, не прибегая к релапаротомии.

К III степени хирургических осложнений отнесен сепсис или синдром системной воспалительной реакции (ССВР), лечение ко-

торого предлагается проводить в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. Следует отметить, что согласно последним рекомендациям по лечению сепсиса, понятие ССВР исключено и ныне не используется [2] which is associated with a mortality rate of 40% or more. DISCUSSION New definitions for sepsis and septic shock (Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock [Sepsis-3].

Довольно спорным выглядит включение в перечень хирургических осложнений инвалидности — медико-социального показателя, обладающего больше юридическим и социальным смыслами, нежели медицинским, поскольку предполагает наличие особых льгот и материальных выплат. Так, любая операция, сопровождающаяся формированием кишечной стомы, теоретически может считаться осложненной, поскольку она может быть признана медико-социальной экспертизой инвалидизирующей. Более того, авторы позиционируют классификацию как анатомически-ориентированную, которая тем не менее включает рубрики инвалидность (IV) и смерть (V), которые никакого отношения к анатомии не имеют.

Большие вопросы вызывает раздел «сроки лечения», так как лечебные мероприятия могут значительно варьировать в пределах одной группы осложнений. Как уже было отмечено выше, длительность госпитализации при лечении скопления серозной жидкости в послеоперационной ране и анаэробной флегмоны может различаться на месяцы. Не случайно эта графа осталась незаполненной авторами, и, пожалуй, она никогда не будет заполняться врачом, так как койко-день — это самостоятельный медико-экономический показатель.

Автор указывает на наличие связи между степенью тяжести хирургического осложнения и риском наступления смертельного исхода, однако не понятен источник приведенных данных — то ли это данные собственного исследования, то ли результаты работы других авторов.

Суммируя вышесказанное, следует отметить, что предложенная классификация не всеобъемлющая, так как не охватывает все возможные варианты хирургических осложнений; некоторые из приведенных показателей могут быть отнесены к более чем одной категории, то есть пересекаются между собой; не соблюдена иерархия признаков — так, тяжесть состояния больных может быть значительно хуже в группе IA нежели у пациентов с осложнением IV степени.

Таким образом, предлагаемая классификация не соответствует всем тем критериям, которые предъявляются к построению классификаций и она может не найти широкого применения в практическом здравоохранении.

*Д.м.н., проф. С.И. Ачкасов*

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Dindo D., Demartines N., Clavien P.-A. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. // *Annals of surgery*. 2004. № 2 (240). С. 205—13.

2. Napolitano L.M. Sepsis 2018: Definitions and Guideline Changes// *Surgical Infections*. 2018. № 2 (19). С. 117—125.