

Ж.Н. КЫЖЫРОВ, Ы.А. АЛМАБАЕВ, Н.А. ЖАНТАЛИНОВА, А.К. ЖАКСЫЛЫКОВА,  
А.Н. БАЙМАХАНОВ, И.Р. ФАХРАДИЕВ, Ж. БЕЙСЕЕВА, А. ЕРСЕЙТ

## РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ВНУТРИБРЮШНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ – ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

*В статье проведен анализ ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений. Несмотря на достижения современной медицины, частота послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии остается высокой. Лечение ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений в настоящее время остается во многом нерешенной проблемой. В первую очередь это связано со сложностью их распознавания и выбором оптимального варианта оперативного вмешательства. Внедрение современных методов исследования и новых лечебных технологий в широкую клиническую практику дает основание надеяться на достижение прогресса в этом направлении.*

**Ключевые слова:** диагностика, лечение, ранние послеоперационные внутрибрюшные осложнения, абдоминальная хирургия, перитонит, кровотечение, несостоятельность.

Несмотря на достижения современной медицины, частота послеоперационных осложнений в торакальной, абдоминальной и сосудистой хирургии, травматологии и ортопедии, акушерстве и гинекологии остается высокой [1, 2, 4, 6, 7, 12, 14]. Остро стоит и сама проблема послеоперационных осложнений, развитие которых заметно отягощает основное заболевание, удлиняет время пребывания больного в стационаре, увеличивает стоимость лечения, нередко служит причиной летальных исходов и негативно сказывается на сроках восстановления трудоспособности оперированных больных.

Поэтому изучение этиологической структуры, патогенетических аспектов, клинических проявлений, совершенствование методов диагностики, а также организация рациональной профилактики и лечения послеоперационных осложнений являются актуальными на сегодняшний день задачами для всех областей хирургии.

Общепризнанными причинами неудовлетворительных результатов лечения внутрибрюшных осложнений являются несвоевременная их диагностика и промедление с повторным вмешательством [3, 5, 9, 10, 11]. Это определяет необходимость совершенствования методов ранней диагностики и оперативных вмешательств у данной категории пациентов.

Таким образом, лечение ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений в настоящее время остается во многом нерешенной проблемой. В первую очередь это связано со сложностью их распознавания и выбором оптимального варианта оперативного вмешательства. Внедрение современных методов исследования и новых лечебных технологий в широкую клиническую практику дает основание надеяться на достижение прогресса в этом направлении.

Ранние послеоперационные осложнения представляют наиболее драматичную сторону абдоминальной хирургии на протяжении всей её истории. Связано это с частотой патологии, не имеющей тенденции к снижению и составляющей, по различным данным, от 0,3 до 8,6% к общему числу операций на органах брюшной полости при сохраняющейся высокой летальности — от 23,6 до 71,2% — и достигающей при тяжелых формах послеоперационного перитонита 80% и более [1, 13, 22]. Это особенно актуально, поскольку послеоперационный перитонит — наиболее частое внутрибрюшное осложнение [12, 8]. Перечисленные причины дают полное право считать результаты лечения ранних послеоперационных осложнений неудовлетворительными особенно у пациентов пожилого и старческого возраста, поскольку летальность в этой возрастной группе наибольшая [6, 9, 14, 15].

Основу диагностики послеоперационных внутрибрюшных осложнений составляет динамический клинический контроль за состоянием пациента после вмешательства. При этом необходимо учитывать, что особое влияние на клиническую симптоматику оказывают анальгетические и антибактериальные препараты, а также проводимая многоцелевая интенсивная терапия. Поэтому «классическая» картина осложнений встречается редко [16, 18, 21, 23]. При всем многообразии клинических проявлений внутрибрюшного осложнения наиболее часто определяются признаки прогрессирующей системной воспалительной реакции и упорный, неподдающийся консервативной терапии парез кишечника [17, 20, 22, 24, 27]. К «тревожным» клиническим симптомам относятся нарушения деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, центральной нервной системы. «Классическими» проявлениями осложнений являются: внезапное появление или усиление болей в животе, рвота, метеоризм, признаки «острого» живота.

Изменения гемодинамических показателей (тахикардия, снижение артериального давления) имеют определяющее значение для диагностики внутрибрюшного кровотечения и наиболее выражены при интенсивном характере его [3]. Для абсцессов брюшной полости характерна температурная реакция которая может быть трех видов, постоянно высокая, гектическая и интермиттирующая [8, 19, 25, 28, 30]. Несмотря на многообразие послеоперационных осложнений, А.Г. Кригер и соавт. [13, 27, 29] отмечают, что при возникновении их на 3-5-е сутки после операции практически всегда клинические проявления не позволяли исключить послеоперационный перитонит.

Диагностика осложнения облегчается при наличии дренажа в брюшной полости. Поступление по нему крови или содержимого полого органа свидетельствует о возникновении катастрофы [20, 26, 28, 30, 34]. Установлению диагноза послеоперационной кишечной непроходимости помогает учет дебета содержимого пищеварительной трубки, поступающего через зонд. Тревожным симптомом является эвакуация за сутки 1-165 л содержимого. Когда же его объем превышает 2-3 л. У. Накапе и соавт. рекомендуют выполнение релапаротомии [31, 32, 39, 43, 45]. Необходимо отметить, что определение ранних признаков внутрибрюшных осложнений при клиническом обследовании возможно не всегда [3, 33, 34, 10].

Из лабораторных методов диагностики гнойно-воспалительных внутрибрюшных осложнений имеет значение определение маркеров эндогенной интоксикации (среднемолекулярных олигопептидов, уровня миоглобина в крови и С-реактивного белка сыворотки, оценка эндотоксинсвязывающей активности лейкоцитов) [19, 35, 36, 37, 38]. Более информативными методами являются определение опухолеассоциированного антигена СА-125 в сыворотке крови и изменение её структурно-оптических свойств [2, 7, 16, 42, 44]. Не утратили своего значения и такие показатели, как количество лейкоцитов периферической крови и лейкоцитарный

индекс интоксикации, гематологический индекс интоксикации, определение белков плазмы крови [7, 20, 37, 45, 48]. При внутрибрюшном кровотечении диагностическое значение имеет снижение числа эритроцитов, уменьшение уровня гемоглобина и гематокрита [3, 46, 47]. Вместе с тем, данные показатели могут не изменяться в первое время даже при интенсивном кровотечении, что уменьшает их диагностическое значение.

Возникшее на основании результатов клинического и лабораторного обследования подозрение на послеоперационное внутрибрюшное осложнение является показанием к использованию инструментальных методов диагностики (рентгенологического, ультразвукового, компьютерной томографии, лапароскопии и др.). Наиболее информативно рентгенологическое исследование в раннем послеоперационном периоде для диагностики кишечной непроходимости [26, 49]. Эффективность исследования повышается при использовании контрастных средств, принимаемых через рот или вводимых а зонд. В виду лучшей переносимости, более целесообразно применение водорастворимых препаратов [35, 41, 48]. Рентгенконтрастное исследование позволяет диагностировать послеоперационный перитонит у 38,9—47,5% больных (фистулография, зондовая энтерография) [7]. Прямым признаком несостоятельности швов и анастомозов является выход контрастного вещества за пределы полого органа. При абсцессах брюшной полости рентгенологическое исследование имеет ограниченное применение, поскольку достоверный симптом — располагающаяся вне пределов желудочно-кишечного тракта полость, содержащая газ и жидкость с горизонтальным уровнем, определяется редко. К недостаткам рентгенологического метода диагностики относятся: лучевая нагрузка на больного, технические трудности при проведении исследования, сложность интерпретации полученных данных и недостаточная их информативность. Для диагностики внутрибрюшных абсцессов применяются радиоизотопные методы [8]. Однако результаты их могут быть получены только через 1-2 суток.

В последние годы широкое распространение в диагностике осложнений получил ультразвуковой метод. Преимущество ультрасонографии заключено в ее высокой разрешающей способности, абсолютной безопасности и универсальности. К основным сонографическим признакам возникшего в послеоперационном периоде осложнения относятся: свободная жидкость в различных отделах брюшной полости, увеличение диаметра кишки и утолщение её стенки, уменьшение или отсутствие перистальтики желудка и кишечника, ограниченные жидкостные образования с различной степенью эхогенной плотности [26].

Информативность метода при абсцессах брюшной полости составляет от 31 до 82,3 - 97% [29, 31], выше при расположении гнойников в верхнем этаже брюшной полости и внутрибрюшных [12, 31]. Достоверность диагноза увеличивается при выполнении пункции под контролем УЗИ с последующим микробиологическим исследованием [29].

Перспективно использование ультразвукового метода в диагностике кишечной непроходимости [30, 33, 46]. По своей информативности данное исследование иногда превышает возможности рентгенологического метода к более предпочтительно экономически [46]. Характерными эхографическими симптомами кишечной непроходимости являются увеличение диаметра приводящего отдела кишки с «маятникообразным» движением кишечного содержимого, имеющего анэхогенный характер [13, 45]. Перспективным методом диагностики кишечной непроходимости является и доплерография [15, 33, 47]. Однако этот метод не прошел еще достаточного клинического испытания.

Более высокой разрешающей способностью при абсцессах брюшной полости по сравнению с ультрасонографией обладает компьютерная томография (КТ) [12]. Возможности исследования позволяют определять не только локализацию и конфигурацию гнойника, но и оценивать состояние окружающих тканей, проводить дифференциальную диагностику между гематомой и абсцессом, диагностировать послеоперационный перитонит [7, 48]. Однако из-за высокой стоимости компьютерного томографа оснащенность им лечебных учреждений остается недостаточной и его использование поэтому ограничено.

Универсальным и высокоинформативным методом инструментальной диагностики ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений является лапароскопия. Возможности этого метода сопоставимы с таковыми при релапаротомии, что позволяет использовать его при различных осложнениях [5, 24, 25, 49]. Послеоперационный парез кишечника и спаечный процесс брюшной полости в значительной степени затрудняют выполнение исследования и делают его небезопасным [23]. С целью снижения риска исследования при введении первого троакара предлагается использовать минилапаротомию либо снятие нескольких швов с операционной раны [23, 25, 50]. Лапароскопия может производиться в двух вариантах: по экстренным показаниям и контрольная динамическая. Необходимость выполнения последней определяется на основании результатов оперативного вмешательства при прогнозируемом высоком риске развития осложнения. Исследование в этой ситуации позволяет визуально контролировать течение патологического процесса в брюшной полости. Предлагается данный метод использовать после травматичных и технически сложных хирургических вмешательств, а также выполняемых при наличии перитонита и по поводу мезентериального тромбоза, резекций толстой кишки [23]. Использование лапароскопии в раннем послеоперационном периоде сокращает число диагностических релапаротомий [13, 23].

Несмотря на внедрение новых технологий и технических средств, по-прежнему не потеряли своего значения в диагностике абдоминальных осложнений такие методы, как «шарящий катетер» и минилапаротомия путем снятия нескольких швов с операционной раны и визуального осмотра брюшной полости [20]. Сложности своевременной диагностики ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений привели к созданию различных алгоритмов и схем [8, 9, 23].

Диагноз раннего послеоперационного внутрибрюшного осложнения является показанием к оперативному вмешательству. Основным методом лечения остается релапаротомия. При этом она должна быть идеальной по технике выполнения и полной по объему [44]. Экстренные показания к вмешательству устанавливаются при распространенном послеоперационном перитоните и внутрибрюшном кровотечении. срочные— при абсцессе и механической кишечной непроходимости. В связи с тем, что при послеоперационном перитоните существует высокая вероятность прогрессирования воспалительного процесса, предлагается использовать различные варианты открытого и полукрытого способов лечения [16, 18, 27, 40, 50].

Показаниями к программируемому релапаротомиям при перитоните являются: несостоятельность толстокишечных швов, выраженный синдром эндогенной интоксикации, наличие тенденции к формированию межкишечных абсцессов, полиорганная недостаточность [27]. Признаки анаэробного инфицирования Брюшной полости или забрюшинного пространства гнойно-некротического поражения раны брюшной стенки и синдром интраабдоминальной гипертензии рассматриваются как абсолютные показания к открытому ведению брюшной полости [20].

Предлагается обосновать выбор метода завершения операции балльной оценкой тяжести состояния пациента при помощи различных шкал, наибольшее распространение среди которых получила шкала APACHE II и БОРА [20]. При сравнительной оценке способов завершения операции при перитоните ряд авторов [14] отмечают, что традиционные варианты открытого метода не всегда имеют преимущество перед полукрытым лечением. С целью компенсации потерь и проведения энтерального питания при высоком кишечном свище при несостоятельности

швов предлагается выполнение еюностомии [1]. Важной составной частью вмешательства при распространенном перитоните или ранней механической кишечной непроходимости является декомпрессия тонкой кишки путем ее дренирования во время операции или наложения илеостомы [11, 34]. Предлагается расширение показаний к оперативному лечению паралитической кишечной непроходимости [36].

В качестве альтернативы открытым оперативным вмешательствам при ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнениях все более широкое использование находят миниинвазивные методы (дренирование абсцессов под УЗ и КТ, лапароскопические методы) [6, 31, 43].

Дренирование абсцессов брюшной полости под ультразвуковым контролем является методом выбора [17, 29]. Эффективность его оценивается от 40,5 до 94,3 - 98,7% [29, 31]. Наиболее эффективен метод при расположении гнояника в верхнем этаже брюшной полости и интраорганных абсцессах. При тазовой его локализации дренирование может быть выполнено как трансвагинально [32], так и транслютеально [39, 42, 47]. Метод неэффективен при множественных абсцессах, центральной их локализации, при сообщении абсцесса с просветом желудочно-кишечного тракта [43].

КТ при абсцессах брюшной полости обладает большей разрешающей способностью по сравнению с ультразвуковым сканированием и достигает 73,5-96% [12, 39, 43, 47].

Эффективным при ранней спаечной кишечной непроходимости оказалось использование эндоскопической декомпрессии тонкой кишки, позволившей разрешить непроходимость у 71,2% больных [48].

При послеоперационном перитоните альтернативой релапаротомии может быть лапароскопическая санация брюшной полости [2, 4, 5, 25]. При этом обязательным условием является состоятельность наложенных швов, отсутствие выраженного послеоперационного пареза кишечника и значительных фибриновых наложений [23]. Возможности лапароскопической санации расширяются при устранении источника перитонита из минилапаротомного доступа [25].

При абсцессах брюшной полости лапароскопия рассматривается как завершающий этап диагностики, а эндовидеохирургическое вскрытие и дренирование производятся при невозможности или сомнении в эффективности дренирования гнояника под ультразвуковым контролем [5,13].

Лапароскопическое лечение послеоперационного внутрибрюшного кровотечения возможно при неинтенсивном кровотечении и условии выполнения адекватной санации брюшной полости [23, 25]. С целью гемостаза применяются различные средства (лигирование, электрокоагуляция, использование гемостатических губок и клеевых субстанций, тампонирование). Использование лапароскопических технологий лечения ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений привело к достоверному снижению летальности [6, 13].

Таким образом, лечение ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений в настоящее время остается во многом нерешенной проблемой. В первую очередь это связано со сложностью их распознавания и выбором оптимального варианта оперативного вмешательства. Внедрение современных методов исследования и новых лечебных технологий в широкую клиническую практику дает основание надеяться на достижение прогресса в этом направлении.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Антоненко И.В., Матвеев А.И., Суханова Н.В. и др. Еюностомия по Майдлю в лечении несостоятельности швов анастомоза верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Хирургия,—2003 —№ 9.-С. 24-27.
- 2 Базарный В.В., Зыкина О.В., Кутепов С.М. Измерение структурно-оптических свойств сыворотки при развитии воспалительной реакции в послеоперационном периоде // Первый Российский конгресс по патофизиологии (экспериментальные и клинические аспекты).-М, 1996.-С. 262.
- 3 Гулов М.К., Курбонов К.М., Послеоперационные внутрибрюшные кровотечения // Хирургия,-2004,-№ 10.—С. 24-26.
- 4 Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Блинников О.И., Дедов К.А. Лапароскопия в лечении острой спаечной кишечной непроходимости у детей // У Эндоскоп, хир,-1997.-№ 2,-С. 4-12.
- 5 Дуданов И.П., Соболев В.Е. Лапароскопия в раннем послеоперационном периоде у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия.—2005. —№ 3.-С. 45-48.
- 6 Дуданов И.П., Соболев В.Е., Алонцева Н.Н., Расюкевич А.Л. Лечение ранних послеоперационных осложнений у больных пожилого и старческого возраста // Вестн. Хир.—2004 - №4 -С.49-52.
- 7 Ефименко Н.А. Послеоперационный перитонит (диагностика и лечение): Дис... д-ра мед. наук,—М., 1995,—234 с
- 8 Жебровский В.В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости,— Симферополь: Издательский центр КГМУ, 2000.-688 с.
- 9 Заверный Л.Г., Мельник В.М., Пойда А.И. и др. Релапаротомия- определение показаний и результаты // Хирургия —1996.— № 1 —С. 66-69
- 10 Исаев Г.Б. Диагностика послеоперационного перитонита // Хирургия.—2002 —№ 6 -С. 27-29.
- 11 Исаев Г.Б., Гусейнов С.А., Рагимова А.М., Алиева З.А. Временная илеостома в лечении послеоперационного разлитого гнойного перитонита // Хирургия —2000.—№ 1,—С. 25-27.
- 12 Коротков Н.И., Кукушкин А.В. Миниинвазивные вмешательства под визуальным контролем в диагностике и лечении органных и внеорганных абсцессов верхнего отдела живота // Эндоскоп. хир.—2004.-№ 2.-С 12-15,
- 13 Кригер А.Г., Шуркапин Б.К., Глушков П.С., Андрейцев И.Л. Диагностика и лечение послеоперационных внутрибрюшных осложнений // Хирургия.—2003 —№3—С. 19-23.
- 14 Кузнецов В.А., Чуприн В.Г., Анисимов А.Ю. Спорные вопросы хирургического лечения острого распространенного гнойного перитонита // Хирургия -1997,-№ 6.-С. 21-25.
- 15 Леонтьев Е.Н., Совцов С.А., Подшивалов В.Ю. Диагностическая ценность доплерографии при механической кишечной непроходимости // Вестник хир.—2002.-№ 2.-С. 37-39.
- 16 Макарова Н.П., Киришина О.В. Лапаростомия в лечении распространенного перитонита // Хирургия — 2000.—№ 3,— С. 30-32.
- 17 Мишин В.Ю., Хитрова А.Н. Диагностические и лечебные пункции органов брюшной полости под ультразвуковым контролем // Хирургия,—1998.—№ 5.—С. 43-45
- 18 Мустафин Р.Д., Кучин Ю.В., Кутуков В.Е. Программированная релапаротомия при распространенном гнойном перитоните //

Хирургия,—2004—№10.—С.27-30.

- 19 Приходько О.В. Современные аспекты диагностики системной эндотоксемии у больных острым холециститом с целью прогноза течения послеоперационного периода // Современные проблемы хирургической гепатологии Матер. 4-й конференции хирургов-гепатологов—Тула. 1996,—С.390.
- 20 Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под ред. В.С. Савельева.-М.: Триада-Х. 2004.- 640 с.
- 21 Рычагов Г.П., Нехаев А.Н., Керезь П.И., Кремень В.Е. Релапаротомия в лечении распространенного послеоперационного перитонита // Хирургия —1997.—№1 —С.45-48.
- 22 Саенко В.Ф., Белянский Л.С., Маркулан Л.Ю., Горшевикова Э.В. Тактика химического лечения послеоперационного разлитого гнойного перитонита // Клин. хир. —1996 — №2-3-С.49-50
- 23 Соболев В.Е., Дуданов И.П., Андреев О.В. Технические особенности выполнения лапароскопии в раннем послеоперационном периоде // Мед. акад. журн. -2004.—т 4. № 4 - С. 79-88.
- 24 Струсов В.В., Гайдуков В.И., Магомедов М.Г. Релапароскопия: концепция и алгоритм лечения послеоперационных осложнений лапароскопической холецистэктомии // Эндоскоп. Хир. - 2002 -№5 -С.34-36.
- 25 Федоров А.В., Чадаев А.П., Сахин А.В. и др. Релапароскопия в лечении послеоперационных осложнений // Хирургия - 2005 -№8.-С.80-85
- 26 Халилов А.Д., Гадиев С.И., Сафаров А.О. Ультразвуковое исследование в диагностике послеоперационного перитонита // Хирургия —2000 .-№1.-С.28-29
- 27 Целуйко Д.В., Панюшкин А.П., Росляхов А.Г. Программированная релапаротомия в лечении послеоперационного перитонита // Дальневосточный мед. журн. -1999 -№3 -С.66-68.
- 28 Шапринский В.А., Годлевский А.Н., Пивторак В.И. Диагностика и лечение острой послеоперационной непроходимости кишечника // Клин. хир.—1995 —№4 —С.20-23.
- 29 Шкроб О.С., Дадвани С.А., Лотов А.Н., Карпова Р.В. Ультразвуковое исследование и малоинвазивные технологии под контролем УЗИ в диагностике и лечении внеорганных отграниченных скоплений жидкости в брюшной полости // Хирургия -2002-№2.-С.10-13.
- 30 Bland K.I., Abdominal sonography for the diagnosis of bowel obstructon //Ann. Surg. —1996 -№3—P.235-236
- 31 Civardi G., Di Candio G., Giorgio A. et al. Ultrasound guided percutaneous drainage of abdominal abscesses in the hands of the clinician: a multicenter Italian study // Eur. J. Ultrasound — 1998 —Vol. 8. № 2-P 91-99
- 32 Corsi P.L., Johnson S.C., Gonik B. et al. Transvaginai ultrasound- guided aspiration of pelvic abscesses // Infect. Dis. Obstet. Gynecol. -1999 -Vol. 7. № 5 -P 216-221.
- 33 Creteur V., Campinne N., Lambert M. et al. Contribution de l'echographie Doppler dans la pathologie inflammatoire du tube digestif creux // J. Belge. Radiol.-1996.-Vol. 79. № 1.-P 1-8.
- 34 Damianov D., Aleksandrova A., Nedin D. Postoperative peritonitis // Khirurgiia (Sofia).-1996 -Vol. 49. №2 -P 21-23
- 35 Finan V., Barton D., Fiorikca J., Hoffman M. Ileus following gynecologic surgery. Management with watersoluble hyperosmolar radiocontrast material // South. Med. J.-1995 -№ 5 -P 539- 542
- 36 Frager D.N., Baer J.W., Rothpearl A., Bossart P.A. Dictinction between postoperative ileus and mechanical smail-bowel obstruction: value of CT compared with clinical and other radio- graphic findings // AJR. Am. J. Roentgenol.-1995 -Vol. 164, № 4.-P. 891-894.
- 37 Gurlich R., Maruna P., Cermak J. et al. Early Diagnosis of septic complications in the postoperative period by determination of acute phase proteins // Rozhl. Chir.-1993.-Vol.72. №6.— P. 235-238.
- 38 Halevy A., Lin G., Gold-Deutsch R. et al. Comparison of C-reactive protein concentrations versus open cholecystectomy // Surg. Endosc. -1995-Vd 9.-P 280-282.
- 39 Harisinghani M.G., Gervais D.A., Maher M.M. et al. Transgluteal approach (or percutaneous drainage of deep pek-c abscesses 154 cases // Radiology. -2003.-Vol. 228. № 3-P. 701-705.
- 40 Hau T., Ohmann C., Wolmershauser A. et al. Planned relaparotomy on demand n me treatment of intraabdominai infections // Arch. Surg.- 1995.- Vol. 130, №11.-P.1193-1196.
- 41 Kawamura R., Akiyama Y., Namikawa K. Equation of an improved Jews monitoring system for intestinal motility // Surg. Today. — 1995 -№ 12 —P. 1008-Ю.Ю.
- 42 Khurram Baig M., Hua Zhao R., Batista O. et al. Percutaneous postoperative intra-abdommai abscess drainage after elective colorectal surgery // Tech. Coloproctol. -2002 -Vol. 6. №3 - P 159-164.
- 43 Marano I., Mainenti P.P., Selva G. et al. Computerized tomography -guided drainage of postoperative abdominal fluid collections // Radiol. Med. (Torino).- 1999.-Vol.97.-P. 160-165
- 44 Montravers P., Lepers S. Poresco D. Postoperative management Critical care in intra-abdominal infection after surgical intervention // Presse Med -1999.-Vol. 30. №4.-P. 196-202
- 45 Nacane Y., Okumura S., Akehira K., Okamura S. Management of intestinai obstruction after gastrectomy for carcinomaa // Br. J. Surg. -1996 -№ 3 -P. 237-241.
- 46 Ogata M., Mateer J.R., Condon R.E. Prospects evaluation of abdominal sono-graphy for the diagnosis of bowel obstruction // Ann. Surg.-1996.-№3.-P 237-241.
- 47 Salzano A., Rossi E., Carbone M. et al. The role of computed tomography in assessing subphrenic abscesses after posttraumatic splenectomy // Radiol. Med (Torino)-1998 —Vol. 98. №3.—P. 173-177.
- 48 Truong S., Willis S., Riesener K.P. et al. Value of intraluminal) intestinal decompression by endoscopic placement of a Dennis tube in therapy of ileus. Retrospective clinical study of 174 patients // Langenbecks Arch. Chir. 1997 —Bd. 382. № 4—S. 216-221
- 49 Wilke I., Merker A., Schneider A. Laparoscope treatment of hemorrhage after vaginal hysterectomy or laparoscopically assisted vaginal hysterectomy (LAVH) // Surg. Endosc. -2001 —Vol. 15. № 10 —P 1144-1146
- 50 Zaniewsky M., Urbanec T., Krupowies M., Maewsky E. Second look in abdomen surgery // Wad Lek. -1997 -Vol. 50.—P 241-246.

**Ж.Н. КЫЖЫРОВ, Ы.А. АЛМАБАЕВ, Н.А. ЖАНТАЛИНОВА, А.К. ЖАКСЫЛЫКОВА,  
А.Н. БАЙМАХАНОВ, И.Р. ФАХРАДИЕВ, Ж. БЕЙСЕЕВА, А. ЕРСЕЙТ**

*С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ хирургиялық интернатура және резидентура  
кафедрасы, №7 - қалалық клиникалық ауруханасының бауыр ауыстыру және  
бауырұйқыбезіөтжолдары хирургиясы мен жоспарлы хирургия бөлімшесі*

#### **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

**Түйін:** Мақалада операциядан кейінгі құрсақішілік асқынулардың анализі келтірілген. Заманауи медицинаның жетістіктеріне қарамастан, абдоминалды хирургиядағы операциядан кейінгі құрсақішілік асқынулардың диагностикасы әлі де жоғары. Операциядан кейінгі құрсақішілік асқынулардың емі қазіргі уақытта көпшілік жағдайда шешілмеген мәселе болып қалуда. Бірінші кезекте бұл оларды анықтаудың қиыншылығымен және тиімді хирургиялық емді таңдау мәселесімен байланысты. Кең клиникалық тәжірибеге заманауи зерттеу әдістерін және жаңа емдеу технологияларын енгізу осы бағыттағы дамуға деген үміт береді.

**Түйінді сөздер:** анықтау, емдеу, ерте операциядан кейінгі құрсақ ішілік асқынулар, іш қуысы хирургиясы, іш пердесінің қабынуы, қан кету, жеткіліксіздігі.

**ZH.N. KYZHYROV, I.A. ALMABAEV, N.A. ZHANTALINOVA, A.N. BAIMAKHANOV, I.R. FAKHRADIEV,  
J. BEISEYEVA, A. ERSEIT**

*Department of internship and residency in surgery Asfendiyarov  
Kazakh National Medical University, Branch planned surgery center  
hepatopancreatobiliary surgery and liver transplantation Clinical Hospital №7*

#### **DIAGNOSIS AND TREATMENT OF EARLY POSTOPERATIVE INTRA-ABDOMINAL COMPLICATIONS**

**Resume:** In the article the early postoperative intraperitoneal complications are analyzed. In spite of achievement of modern medicine frequency of postoperative complications remains high. Treatment of early postoperative intraperitoneal complications currently remains mostly unsolved problem. First of all it is connected with the complexity of their recognition and choice of the optimal variant surgery. The introduction of modern research methods and new medical technologies in a wide clinical practice gives a hope for progress in this direction.

**Keywords:** diagnosis, treatment, early postoperative intra-abdominal complications, abdominal surgery, peritonitis, bleeding inconsistency.