

эндоскопическое исследование выполняли у 4 пациентов, разрешить непроходимость удалось у 3. ДБЭ с извлечением инородного тела (два мигрированных саморасширяющихся билиарных стента) выполнена в 1 наблюдении.

**Выводы.** ДБЭ является высокоинформативным лечебно-диагностическим методом обследования тонкой кишки и панкреатобилиарной зоны после реконструктивных операций. Однако диагностический успех её зависит от качественно выставленных показаний, а возможности ограничены у пациентов со спаечным процессом в брюшной полости.

## МЕСТНЫЙ ГЕМОСТАЗ – ЭВОЛЮЦИЯ МЕТОДОВ И ВЗГЛЯДОВ

Галик Н. И., Максимов И. Б., Староконь П. М., Долгих Р. Н.

Филиал Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова МО РФ,  
г. Москва, Россия

**Введение.** Кровотечение – один из грозных признаков повреждения кровеносных сосудов, поэтому люди ещё в древности делали попытки остановить его. От древности до современности – длительная и сложная история изобретения и усовершенствования способов временной остановки наружного кровотечения.

**Цель работы:** изучить доступные материалы по способам остановки наружного кровотечения; вклад хирургов в развитие этого направления; проследить современные тенденции развития методов местного гемостаза.

**Материал и методы.** Историческая и научная медицинская литература, материалы съездов, материалы периодической печати, отчеты и статистические материалы военно-медицинских учреждений; научные методы историко-медицинского описания, системно-структурного анализа, проблемно-хронологического анализа.

**Результаты.** Редкие годы в древние века были спокойными от военных конфликтов. Оружие использовалось колюще-режуще-рубящее боевое, а лечение кровотечений сводилось к

повязкам с мёдом, со смолой деревьев, миром и ладаном, прижиганиями, ампутациями. С появлением огнестрельного оружия (1346), введением его в практику войн проблема лечения огнестрельных ран, остановка кровотечения стала первоочередной задачей хирургов. В арсенале средств при остановке кровотечения была тампонада раны, обработка раны кипящим маслом и горячей смолой, прижигание, ампутация.

В XVI в. французский хирург Амбруаз Паре (Pare Ambroise, 1510-1590), применил в целях гемостаза перетяжку конечности выше места ампутации, отказался от варварского выжигания раскаленным железом, используя наложение повязок и мазей. В начале XVIII века Люэр (Luer) предложил для перетяжки конечности использовать компрессорий или турникет с пряжкой, Пети (Petit) – винтовой турникет, а Фелькерс (Volkers) – палочный турникет. В России в начале XVIII века рекомендовались передовые по тому времени способы лечения: прижатие артерии пальцем с наложением давящей повязки; наложение выше ранения турникета, а на саму рану – повязки и компрессора.

В 1873 г. на конгрессе немецких хирургов **Фридрих Август фон Эсмарх** сообщил об «искусственном обескровливании» конечности с применением кровоостанавливающего жгута, который представлял собой резиновую трубку длиной около полутора метров с металлическим крючком на одном конце и металлической цепочкой на другом (жгут Эсмарха). Вскоре его учитель Бернгард фон Лангенбек усовершенствовал этот жгут, применив вместо трубки резиновую ленту (жгут Эсмарха-Лангенбека). С этого времени кровоостанавливающий жгут стал незаменим для временной остановки наружного кровотечения. Однако, несмотря на успешное применение кровоостанавливающего жгута, стали известны и отрицательные последствия: повреждение мягких тканей и сосудов (угроза ампутации), нервов (неврологические расстройства), а его снятие может сопровождаться развитием турникетного шока. Назрела необходимость создания такой конструкции жгута, которая бы обеспечивала минимальное травмирование тканей, с

дозированным давлением под жгутом, без трудностей наложения на поле боя при само- и взаимопомощи.

Об актуальности проблемы говорит тот факт, что в 1931 г. был объявлен Международный конкурс по кровоостанавливающему жгуту. Многие авторы представили модификации циркулярной перетяжки конечности для гемостаза. Ряд авторов стремились отыскать способы точной дозировки давления под жгутом (манжета с манометром). Для уменьшения травмы, вызываемой жгутом, предлагались подушечки под жгут, вместо жгута предлагался эластический бинт. В 1938 г. Научно-исследовательским испытательным санитарным институтом Красной Армии был объявлен конкурс на лучший жгут. В результате этих конкурсов появились новые образцы – тесемчатые жгуты, жгуты из материи: жгут РККА, жгут НИИСИ РККА, жгут Брайцева и др. Но, несмотря на это, конструкции кровоостанавливающего жгута, не имеющих серьезных недостатков, создать не удалось. И всё же, как считали видные военно-полевые хирурги участники Великой Отечественной войны М. Н. Ахутин, С.И. Банайтис, Н.Н. Бурденко, Б.А. Петров, С.А. Русанов и др., применение кровоостанавливающего жгута, даже без достаточных на то показаний, представляет меньшую опасность, чем отказ от его применения при кровотечении. Именно кровоостанавливающий жгут сохранил многим жизнь.

В настоящее время в мире при остановке наружного кровотечения на первый план выступает использование контактных гемостатиков (гемостоп, гемохит, гемофлекс, celox), однако при ранении крупных артерий применение кровоостанавливающего жгута полностью не исключается. Разработаны и применяются кровоостанавливающие жгуты: «Альфа», КЖ-01 «Медплант», КЭПЖ «Медтехника», вшитый жгут-закрутка, жгут с дозированным сжатием, жгут САТ, тактический жгут-турникет SOF Tactical Tourniquet Wide и др.

**Выводы.** Для временной остановки наружного кровотечения не утратили своего значения: местные гемостатические средства, давящая повязка, тугая тампонада раны, пальцевое прижатие артерии, кровоостанавливающий жгут. В настоящее время альтернативы кровоостанавливающему

жгуту, как основному средству оказания первой помощи при кровотечениях вызванных повреждением магистральных сосудов конечностей, нет. Способы временной остановки наружного кровотечения хотя и далеки от совершенства, однако своевременно и правильно проведенные мероприятия по остановке кровотечения позволяют не только сохранить жизнь пострадавшему, но и сохранить конечность. Важным является подготовка и постоянная тренировка лиц, оказывающих первую медицинскую помощь по правилам наложения жгута, правильная оценка ситуации и показаний для наложения кровоостанавливающего устройства и особо важным является своевременное снятие жгута, прежде всего в ситуациях, когда он был наложен не по показаниям.

## **РОЛЬ СИНТЕТИЧЕСКИХ КЛЕЕВЫХ КОМПОЗИЦИЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА**

<sup>1</sup>Гидирим Г. П., <sup>2</sup>Мишин И. В., Плешко Е. Н. <sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедра хирургии № 1 им. Николая Анестиади  
Лаборатория гепато-панкреато-билиарной хирургии Государственный университет медицины и фармации им. Николая Тестемицану

<sup>2</sup>Институт ургентной медицины, Кишинев, Молдова

**Введение.** Несостоятельность кишечного анастомоза была и остается одним из наиболее серьезных осложнений современной колоректальной хирургии. Частота развития данного осложнения варьирует в широких пределах и сопровождается высокой послеоперационной летальностью. Несмотря на совершенствование хирургических технологий, частота развития несостоятельности толстокишечного анастомоза остается высокой без существенной тенденции к снижению. В настоящее время проводятся многочисленные исследования, направленные на разработку и изучение эффективности различных способов локальной защиты толстокишечного анастомоза. Одно из направлений в данной области – использование синтетических