

ГЛАВА 8

ОШИБКИ

Никто не гарантирован от ошибок» или «не ошибается тот, кто ничего не делает». Ох, как много высказываний реабилитирующих тех, кто допускает ошибки. С другой стороны, возникает вопрос: а почему эти жизненные постулаты не распространяются на нас? Мы тоже такие же люди, как и другие, но оказывается мы особая категория людей, которым не позволено ошибаться в своей профессиональной деятельности. Тем не менее, подобные случаи существуют. Допущение ошибок зависит от многих факторов и, в первую очередь, от низкой квалификации хирурга. К сожалению, что греха таить, среди армии хирургов есть и такие «вечно практикующие» врачи. Поэтому, не зря, в народе существует афоризм: «Прежде, чем лечь на операцию, приведи в порядок свои земные дела. Возможно, ты еще выживешь». Но бывают ситуации, когда старания хирурга не всегда дают положительный результат, но это не является презумпцией невиновности.

Как сообщает "Медицинская информационная сеть", только в США, по данным исследований 1999 года, из-за врачебных ошибок ежегодно умирают 100 тыс. американцев. По оценкам расположенной в Лейквуде, Колорадо, кампании HealthGrades, к 2004 году эта цифра составляла уже 195 тыс. в год.

Источник: **GZT.ru**.

При этом 80% американских врачей и половина медицинских сестер видят ошибки своих коллег, но молчат об этом. Консалтинговая группа VitalSmarts провела опрос, в котором только 10% медиков сообщили о том, что они говорили об ошибках коллег. Опрос проходил среди 1700 медицинских работников. 84% врачей, 62% медсестер и другого медицинского персонала заявили, что видели, как их коллеги делают назначения, которые могли быть опасными для пациентов. 88% докторов и 48% сред-

него медперсонала сказали, что они чувствуют, что работают в окружении малокомпетентных людей.

... Еда в легких. Пожилой 79-летний пациент одной из клиник Сан-Франциско Юджин Ригс страдал от дивертикулярного заболевания. Он и предположить не мог, что умрет в госпитале вовсе не по причине этой болезни, а из-за чудовищной оплошности докторов. Заболевание Юджина не давало возможности ему достаточно питаться естественным путем. Врачи решили, что пищу можно доставлять в желудок пациенту через специальную трубочку.

Однако ввели ее неверно. В результате еда стала поступать не в желудок больному, а в его легкие. Ошибка была быстро обнаружена, но исправить последствия оказалось невозможным.

Спустя несколько месяцев Ригс скончался из-за причиненных осложнений. Жена его подала в суд на правительство, ведь по законам США против госпиталей и военных врачей иски предъявлять нельзя.

... По предварительным данным расследования обстоятельств смерти четырехмесячного младенца во время подготовки к рентгеновскому исследованию стала фатальная ошибка врачей. Об этом сообщает в четверг, 7 мая, Первый канал израильского телевидения.

Четырехмесячный Абед Альрахман Абу-Бадр страдал генетическим заболеванием пищеварительного тракта, ему должны были сделать рентген желудка. Для проведения рентгеновского исследования в желудок пациента вводится барий.

Однако врач, готовивший ребенка к рентгену, ввел барий не в трубку, которая вела в желудок мальчика, а в трубку, которая была введена в вену ребенка. Барий – ядовитое вещество, не растворяющееся в воде, и его попадание в кровеносную систему малыша вызвало практически моментальный отказ всех внутренних органов и гибель мальчика.

... 61-летнюю москвичку Надежду Борисову прооперировали в одной из московских клиник: ей было сделано аортокоронарное шунтирование. Женщину выписали из больницы, однако боль и покалывание в области сердца не проходили. Обеспокоенная Борисова обратилась в другую клинику, чтобы пройти полное обследование.

После того, как женщине было сделано рентгенологическое обследование грудной клетки, выяснилось, что хирурги забыли в ее сердце иглу, пишет Life news. На рентгеновском снимке отчетливо видно, что игла оставлена медиками в перикарде (околосердечной сумке) – наружной оболочке сердца, со стороны позвоночника.

...Один из томских хирургов, впоследствии профессор - Б. Альперович, в 80-е годы XX века даже посвятил этой теме докторскую диссертацию, которая называлась «Инородные тела в брюшной полости». Он изучил опыт 252 повторных операций по удалению инородных тел, основная масса из которых — салфетки и тампоны.

Но в шок защитный совет привело то, что в одном случае забытым оказался перстень, а в другом — очки!

Как это произошло, объяснить невозможно. Официальный оппонент на защите академик Борис Петровский в своем выступлении сказал: «Я теперь на всякий случай буду советовать своим хирургам, пересчитывать друг друга после операции».

(<http://www.molomo.ru>). - Самые ужасные врачебные ошибки.

Преступные ошибки

Другая нога. Мало кто может предположить, что опытный врач вдруг перепутает лево и право. Но именно это и произошло с хирургом из города Тампа, что во Флориде. В 1995 году он в ходе операции должен был ампутировать правую ногу своему 52-летнему пациенту Вилли Кингу. Когда тот очнулся после нарко-

за, он обнаружил, что его больная конечность на месте, а вот левая отсутствует! Пациента пытались утешить тем, что и она была нездорова и со временем ее все равно ампутировали бы.

Кинг подал в суд на больницу, выиграл дело и получил 900 тысяч долларов компенсации от самой клиники и 250 тысяч от невнимательного врача. К тому же хирург был на полгода лишен своей лицензии:

[//www.malomo.ru/test/](http://www.malomo.ru/test/)

... Не тот глаз. Эта чудовищная ошибка врача произошла 120 лет назад. В 1892 году 10-летний Томас Стюарт потерял глаз в результате несчастного случая. Мальчик случайно наткнулся на нож, что и стало причиной частичной потери зрения.

На помощь был вызван врач Александр Праудфут, который быстро решил, что поврежденный глаз надо срочно удалить. По завершении этой операции хирург вдруг обнаружил, что вместо больного глаза он удалил здоровый

<http://www.malomo.ru/test/>

Клятвопреступник

Эту печальную историю рассказала доктор Ф. К. Байсымакова, одна из ведущих нефрологов республики.

Больная женщина, 34 года, поступает в Республиканский центр нефрологии (Бишкек) в тяжелом состоянии с явлениями анурии в течение двух суток. Из анамнеза болезни выяснено, что она была оперирована в районной больнице два дня назад.

Больная будто бы, страдала желчнокаменной болезнью. Однако приступов острой боли не было отмечено. Местный хирург (со стажем) оперирует больную в плановом порядке, и убеждает родственников (кстати, они семейные друзья) в том, что чем раньше больная избавится от камня в желчном пузыре, тем будет

лучше для нее. При ревизии брюшной полости желчный пузырь оказался безвинным, т. е. патология органа не была обнаружена.

При дальнейшей ревизии обнаружено опухолевидное образование исходящее из почки. Подумал, что «источником болей оказывается опухолевоизмененная правая почка» и решил удалить правую почку. Выполнена злополучная нефрэктомия.

Оказалось, что у больной редкая врожденная патология – единственная правая почка!! Прославленный на весь район левой хирург не подумал сделать ревизию на предмет наличия другой почки.

Обойма

Ким ФЕДОРОВ.

Случаи из хирургической практики.

Журнал «Бельские просторы». Ноябрь 2002. № 11.

... Больной имел несчастье заболеть раком левого легкого в свои тридцать восемь лет. Операция вначале шла нормально. В выделении легкого никаких трудностей не было, если не считать наличия метастатических узлов в корне. На корень легкого наложили УКЛ (ушиватель корня легкого). Прошили. Легкое я отрезал.

Как только я снял аппарат с корня, хлынула кровь из перерезанных легочных сосудов. Представьте себе – вся кровь, идущая от сердца, от правого его желудочка, выливается толчками через перерезанную легочную артерию. Льется она также из двух крупных легочных вен. За несколько секунд вылилось больше литра крови.

Я, к счастью, не растерялся. Мгновенно сунул руку и буквально на ощупь левой рукой прикрыл корень легкого, а затем пережал культю специальными зажимами. Кровотечение остановилось, но остановилось и сердце. Оно было пустым.

На мое счастье наркоз давал опытный анестезиолог. Он наладил быстрое переливание крови и жидкостей в вены больного. Он вливал, а я делал массаж сердца – сжимал и расслаблял его. Минут пять массирую, а признаков самостоятельного шевеления сердца нет. Артериальное давление на нуле. Анестезиолог подбадривает, просит продолжать массаж, а сам занимается своими делами, следит за вливаемой жидкостью.

И вот постепенно сердце стало сокращаться, сначала слабыми толчками. Я еще некоторое время помогал ему. Лишь когда убедился, что сердце стало справляться самостоятельно, артериальное давление поднялось до нормы, я облегченно вздохнул.

Повторно наложили на корень аппарат УКЛ. На этот раз я был внимательнее. Проверил, в порядке ли аппарат, все ли танталовые скрепки на месте. Оказывается, меня крепко подвела операционная сестра. Она вставила не **заряженную обойму, а пустую.**

Моя роковая ошибка состояла в том, что не проверил УКЛ. А помощники мои не знали важности этого момента. В результате больной оказался на грани жизни и смерти. Вернее сказать, побывал на том свете. Послеоперационный период прошел, без осложнений. Больной поправился и выписался из стационара в удовлетворительном состоянии. В дальнейшем я работал более внимательно.

Халатное отношение

Профессор Акрамов Э.К.

Немаловажна роль медпрепаратов, которые в процессе лечения больного могут не только приносить облегчение, но и здорово ему навредить. Нередко еще мы встречаемся и с халатным отношением к своим обязанностям медперсонала. Надо постоянно помнить, что на медицинском работнике любого профиля и

ранга лежит огромная ответственность за результаты его деятельности.

И как пример, еще одно наше наблюдение: оперируется молодая девушка 20-ти лет по поводу зоба под местной анестезией. Санитарка в пустую бутылку из-под раствора новокаина сливает остатки хлоргексидина, затем этот раствор переливает в стакан операционной сестры для проведения местной анестезии. В результате такого «обезболивания» кожа вместе с подкожной жировой клетчаткой на передней поверхности шеи становится мраморного цвета, затем некротизируется и отторгается.

Мы уж не говорим о тех адских болях, которые испытывала больная в момент введения хлоргексидина, о тех мучениях, которые она испытывала в послеоперационном периоде: пересадка кожи – аутодермопластика, постоянные дикие боли, не говоря уж о моральном ущербе – оставшемся косметическом изъяне шеи!

В хирургии существует закон: использовать флаконы с медикаментами только в фабричной упаковке, с отчетливо указанным на этикетке названием препарата и указанием срока его годности и срока приготовления, с обязательным оставлением во флаконе части препарата для химического анализа в случае необходимости.

Дезинфицирующее средство вместо лекарства

Ким ФЕДОРОВ.

Случаи из хирургической практики.

Журнал «Бельские просторы». Ноябрь 2002. № 11.

Эта история – лишний повод читать надписи на этикетках лекарств. В одном медицинском центре Вирджиния Мейсон этому правилу следовала не так часто, как это положено. В результате пациентке Мэри МакКлинтон было введено не лекарство, а

средство для дезинфекции медицинских инструментов. Это стало причиной смерти 69-летней женщины, больница же стала куда строже относиться к обозначению и сортировке лекарств.

<http://www.malomo.ru/test/>



На ошибках учиться – это талант, но к сожалению...

Засл. деятель науки, д.м.н., проф. Э. Х. Акрамов

В Научный центр реконструктивно-восстановительной хирургии при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, работающий на базе Чуйской областной объединенной больницы, ежемесячно поступает немало больных, которым были проведены первичные, причем неоднократные, оперативные вмешательства в других медицинских учреждениях республики.

Нам часто приходится сталкиваться с ошибками хирургов при лечении больных с висцеральной патологией. Эта наиболее тяжелая категория больных вынуждена подвергаться сложнейшим реконструктивно-восстановительным операциям, которых можно было бы избежать при правильном первичном подходе.

В хирургии зачастую бывает сложно, а иной раз просто невозможно, планировать конечный результат оперативного вмешательства в организм пациента, ведь хирургия не относится к разряду наук, где бал правят точные расчеты, подтвержденные экспериментальными данными. Хирург, приступая к операции, составив конкретный план ее проведения и прогнозируя, естественно, положительный исход, оказывается, иной раз, в совершенно непредсказуемой ситуации. Вскрыв брюшную полость

больного, он вдруг видит «такое»!.. Иначе, как казуистическими, такие ситуации не назовешь.

Вот мне и хотелось бы поделиться своим, достаточно богатым опытом операционных находок, которые являются иногда просто операционными ошибками хирургов или их ассистентов, или результатом невнимательности всей операционной бригады. Всякое бывает!

За 46 лет хирургической практики мною накоплен весьма богатый опыт наблюдений самых различных случаев, которые представляют практический интерес для специалистов. Но повседневная суета и занятность, к сожалению, не давали возможности проанализировать и описать эти наблюдения, которые, безусловно, интересны тем, кто посвятил свою жизнь этой архисложной, трудоемкой профессии – хирургии. Многим моим наблюдениям уже более тридцати, а то и сорока лет, но память хранит каждый случай, ведь за каждым из них – жизнь человека, равная по ценности Вселенной!

...Часто диагноз, поставленный нами на операционном столе, бывает обманчивым. С чем это связано? Ответ однозначный: недостаточный профессионализм и высокая амбициозность персонала приводят к таким ситуациям, когда хирург при повторных оперативных вмешательствах оказывается в затруднительном положении. Конечно, проще принять то или иное решение, когда больной поступает в отделение с выпиской из истории болезни, но, к сожалению, очень часто ее не бывает, и тогда хирург оказывается в очень сложной ситуации, тем более, если пациент поступает по неотложной хирургии. Чтобы не быть голословным, приведу некоторые примеры собственных наблюдений.

Больной, старше 50-ти лет, поступает в ночное время в отделение Центра реконструктивно-восстановительной хирургии с профузным желудочным кровотечением, с низким гемоглобином и содержанием эритроцитов менее 1 млн. Кровотечение, надо сказать, продолжающееся, и оперативное вмешательство должно происходить на высоте кровотечения.

Из анамнеза установлено, что ранее больной был оперирован в специализированном учреждении, где была произведена диагностическая лапаротомия, и с диагнозом – рак двенадцатиперстной кишки – он был выписан домой. О диагнозе была поставлена в известность жена, которую напутствовали словами, что жить больному остались считанные дни. Каково было жить человеку, представляя каждый следующий день своей жизни последним. Что творилось в его душе, одному богу известно.

Жена больного приготовила ему гроб, который находился в сарае, а больной иногда заходил туда и всегда видел свой гроб. В один из дней у больного открывается профузное кровотечение и, конечно же, в ночное время. Медицинское учреждение, в котором он оперировался, закрыто, а прием больных производится только в urgentных учреждениях.

Больной, без всяких документов о предыдущем оперативном лечении (картину мы представили себе со слов жены), был взят нами на операционный стол. К нашему великому удивлению никакого злокачественного образования мы не обнаружили.

Имела место – громадная постбульбарная каллезная язва двенадцатиперстной кишки с эрозией панкреато-дуоденальной артерии и деструкцией Вирсунгова протока. Дном язвы являлась головка поджелудочной железы с нарушенной структурой Вирсунгова протока, и профузное кровотечение происходило из вышеуказанного сосуда. Операция закончилась полной остановкой кровотечения, внутренним дренированием Вирсунгова протока, наложением панкреато-дуоденального анастомоза с последующей резекцией 2/3 желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера – Финстерера. После восстановления гемодинамики и удаления дренажной трубки из Вирсунгова протока с помощью эндоскопа больной был выписан с полным выздоровлением через три недели после операции.

Через пять лет он был обследован. Жалоб не предъявляет, живет обычной жизнью, диету не соблюдает. Как он выразился, в первый же день по возвращении домой после нашего лечения

он продал «тот самый гроб»! Мы пожелали ему долгих лет жизни.

Операция по удалению желчного пузыря, называемая холецистэктомией, включает в себя очень деликатные нюансы: дело в том, что при наличии огромного количества вариантов отхождения пузырной артерии от а. hepatica propria, сам пузырный проток отличается обилием аномалий впадения в общий желчный проток. И зачастую, приняв общий желчный проток за пузырный, перевязывают или же пересекают его.

Вот эта ошибка и приводит часто к возникновению тяжелых осложнений на печени. Несвоевременная реконструкция и восстановление поврежденного общего желчного протока приводит к гепатиту, затем к циррозу печени, а зачастую, минуя эти осложнения – просто к тяжелой острой печеночной недостаточности и летальному исходу.

Кроме того, имеющиеся факты прожигания желчных протоков в процессе эндоскопической операции, являются дополнительным аргументом, говорящим не в пользу этой методики. Нам пришлось оперировать нескольких больных с пересечением и перевязкой общего желчного протока, оперированных в клиниках Бишкека. Поступали они к нам анемичными, ослабленными, с желтухой и выраженной клиникой гепатита. Все они были оперированы нами в плановом порядке после соответствующей предоперационной подготовки. Подобные реконструктивно-восстановительные операции являются изнуряющими, всегда вызывают у хирургов в их ходе массу стрессов, а в послеоперационном периоде – бессонные, тревожные ночи и дни ожидания результатов.

Я не хочу описывать подробности методик восстановительных операций на желчных путях, они прекрасно изложены в различных монографиях и руководствах. К нам часто обращаются больные, ранее перенесшие операции на желчевыводящих путях. Повторное обращение их, как правило, связано с приступообразными болями и выраженной желтухой кожных покровов. Опи-

сантные симптомы наводят хирурга на мысль о том, что основная причина связана с непроходимостью желчных протоков. А это может быть либо стриктура, либо обтурирующие конкременты.

Наблюдения показывают, что хирурги, занимающиеся патологией желчевыводящих путей, должны иметь представление о встречающихся ошибках и учиться на них. Часто, например, когда желтушность принимает перемежающийся характер, это наводит на мысль о так называемых «забытых камнях», а чтобы повторно «лезть» в организм больного после чьих-то оперативных вмешательств, нужно обладать достаточной долей оптимизма. К сожалению, нередко больные, оперированные в различных хирургических клиниках, поступают затем к нам с патологией желчных ходов. После тщательного обследования они подвергаются повторному хирургическому вмешательству, и каждый раз мы находим у них конкременты различных размеров, как одиночные, так и множественные. И уже после полного восстановления проходимости желчных протоков больные выписываются из клиники с выздоровлением.

Все эти ошибки говорят сами за себя. Некоторые хирурги считают, что это категория больных является стартовым механизмом для абдоминальной хирургии, забывая о том, что операции на желчных путях – очень сложное хирургическое вмешательство. Наш опыт показывает, что прежде, чем приступать к этим операциям, надо иметь очень хорошую подготовку общего хирурга с идеальными знаниями топографической анатомии и клинических данных гепато-дуоденальной зоны.

Часто из-за диагностических ошибок в хирургии ставится на карту жизнь человека. Мы наблюдали случаи, когда к нам поступали больные в критическом состоянии, в очень поздние сроки от момента заболевания, и причиной тому были те самые диагностические ошибки. Первоначально они оперировались в клиниках, «где в собственных ошибках признаваться, как водится, не принято».

...Больной в возрасте семидесяти лет оперируется в одной из клиник Бишкека по поводу пупочной грыжи. Поводом послужили боли по всему животу с нарушением функции опорожнения кишечника. Все это было воспринято действительно как банальная пупочная грыжа, и больной с легкостью был оперирован. При этом ему объяснили, что данная операция относится к категории студенческих вмешательств, гарантировали ему скорейшее выздоровление. Но, к великому сожалению, это оперативное вмешательство не привело к облегчению. Выписан он был из клиники с диагнозом «выздоровление», но боли у него не прекратились и по-прежнему жестоко мучили больного.

При поступлении его в наше отделение мы наблюдали выраженную клинику толстокишечной непроходимости. Больной был оперирован в срочном порядке. Операционной находкой оказалась циркулярная опухоль нисходящего отдела толстой кишки с полной обтурацией просвета.

Была произведена первичная резекция нисходящего отдела толстой кишки с последующим формированием анастомоза «конец в конец». Больной почувствовал себя хорошо, и на одиннадцатые сутки был выписан домой с полным выздоровлением.

Я не раз убеждался в существовании закона парных случаев. Подобную ситуацию мы наблюдали у двух наших больных, которые были оперированы по поводу желчно-каменной болезни – без проявления признаков воспаления в других клиниках. Эти больные тоже были в возрасте примерно семидесяти лет. Ранее проведенные оперативные вмешательства по поводу вышеназванной болезни не привели к улучшению, т. е. операции были сделаны не по причинности. Повторно они были оперированы уже в нашем Центре по поводу кишечной непроходимости.

Операционной находкой в обоих случаях был рак селезеночного изгиба нисходящего отдела толстой кишки, причем у одного больного все это осложнилось абсцессом поддиафрагмального пространства, а у другого опухоль проросла в тощий отдел

тонкой кишки у самого выхода из забрюшинного пространства на границе с двенадцатиперстной кишкой.

В обоих случаях была произведена резекция части поперечно-ободочной кишки и нисходящего отдела толстой кишки с последующим формированием анастомоза «конец в конец», а у одного из больных – после мобилизации части двенадцатиперстной и тощей кишки с последующим анастомозом «конец в конец». Больные были выписаны по истечении двух недель с полным выздоровлением.

Описанные нами наблюдения говорят о том, что зачастую хирурги недобросовестно, необъективно собирают анамнез заболевания и проводят обследование, и, особенно, в отношении больных старше 60-ти лет.

Поступающий больной с признаками дискомфорта в области живота, обязательно должен быть обследован на предмет наличия заболевания толстой кишки. Ведь описанные случаи являются лишь ничтожной частью происходящего в действительности. Все, поступающие к нам с толстокишечной непроходимостью и, в частности, с острой кишечной непроходимостью, как правило, представляют собой результат некомпетентной работы поликлинической службы, а в первую очередь служб семейной медицины.

Мы наблюдали интересный (не для больной) случай с больной 95-ти лет. К нам она поступила с картиной острой кишечной непроходимости и была оперирована в экстренном порядке. К нашему удивлению во время операции мы обнаружили опухолевое заболевание толстой кишки, начиная от печеночного изгиба и до прямой кишки, которое вызывало обтурацию толстой кишки. Больной была произведена субтотальная колэктомия с наложением илео-ректоанастомоза по типу «конец в конец».

Больная была выписана через две недели с момента операции с выздоровлением. И что удивительно, эта больная ранее на протяжении длительного периода времени обращалась к врачам по поводу дискомфорта в животе, но, по-видимому, в связи со сво-

им весьма почтенным 95-летним возрастом, она получала от медработников только «словесное лечение». Ну не хотят врачи заниматься такой больной. Отказывая ей в лечении, они, наверно, искренне считают, что сами «будут вечно молодыми».

Любая процедура в медицине всегда сопряжена с какими-либо сопутствующими опасностями, ведь человек – не машина, а реальное живое существо, и никакие упрощения здесь категорически недопустимы.

Одно из наших наблюдений еще раз подтверждает факт высочайшей ответственности при проведении инструментальных исследований и процедур. Исследования с применением колоноскопии вошли в нашу практику как обязательный метод диагностики заболеваний толстой кишки. Но при исследовании материала биопсии необходимо обращать внимание на то, как взят биопсийный материал, каковы глубина, локальная прицельность, топографо-анатомическое расположение патологического очага.

Мы были свидетелями случая, когда диагностический материал был взят из полипа сигмовидной кишки больного. После этой процедуры у больного появились боли в животе. Сначала эта симптоматика объяснялась как следовая реакция обычного инструментального исследования. Но когда в течение трех суток боли стали более выраженными и длительными, больной был вынужден обратиться к нам за консультацией.

При объективном осмотре была обнаружена выраженная картина острого живота с коликой в проекции сигмовидной кишки. Нами был диагностирован источник этого состояния: при взятии биопсии была перфорирована сигмовидная кишка, что подтвердилось и в процессе операции. Операция завершилась резекцией сигмовидной кишки с наложением анастомоза «конец в конец». Больной был выписан с выздоровлением и без осложнений.

Достаточно сложной также является процедура очищения кишечника от кишечного содержимого, которая выполняется под давлением. Мне вспоминается случай, когда сифонную клизму делали больному с кишечной непроходимостью. При повторных процедурах обнаружилось, что вводимая в прямую кишку жидкость наружу не изливается. Интересно, а куда она девалась?

Выяснили, что изливалась она в брюшную полость, операция подтвердила наличие в брюшной полости большого количества жидкости, которая попадала туда через перфоративное отверстие в прямой кишке. А причиной этого явления был рак прямой кишки с распадом и обтурацией просвета.

Также огромное, а может быть, и первостепенное значение имеет выбор анестезиологического пособия, ибо от этого зависит все и даже более, чем все. Ведь именно благодаря анестезиологическому пособию хирургия, и, особенно, грудная и сосудистая хирургия, достигла больших успехов. Выбор анестезиологического пособия является прерогативой врача-анестезиолога.

Мы были свидетелями операции одного больного по поводу геморроя. Операция проходила без всякой предварительной подготовки и обследования, и она началась до наступления анестезии. На операционном столе у больного из-за болевого шока наступила клиническая смерть. С большими трудностями был произведен запуск сердца, затем больной еще две недели находился в барокамере. С великим трудом он был выведен из состояния клинической смерти. В течение целого года он находился в состоянии реабилитации. А геморрой, кстати, у него как был, так и остался.

Одно из важнейших мест в медицине занимает асептика, ведь практически вся жизнь и деятельность медиков направлена на борьбу с микробами. Микроорганизмы кишат и в нас, и вокруг нас, они могут играть как положительную роль, так и отрицательную. Всем известны возбудители особо опасных инфекционных заболеваний: оспы, холеры, чумы, сибирской язвы. В случае

возникновения эпидемий этих заболеваний ситуация может принять катастрофический характер. Истории известны примеры эпидемий, когда погибли миллионы людей.

Немаловажное значение имеет анаэробная инфекция, развивающаяся в условиях отсутствия воздуха. Эта инфекция может быть запущена, например, по вине медицинского персонала из-за незнания им основ стерилизации, основных принципов асептики, наконец, просто из-за халатности и отсутствия должного контроля.

В подтверждение этого приведу следующий пример: молодому человеку была сделана инъекция обезболивающего препарата в связи с приступом радикулита. В то время мы еще не знали о наличии одноразовых шприцов. После инъекции больной почувствовал недомогание, озноб, у него резко поднялась температура тела, произошел отек тканей в области инъекции. Описанные симптомы быстро нарастали, и в течение суток от выраженной интоксикации больной умер.

При вскрытии была диагностирована молниеносная форма анаэробной инфекции. Казалось бы, обычная инъекция, каких делается миллионы, а вот привела к трагедии, а это лишнее доказывает, что в медицине нет простых вещей, и об этом нужно постоянно помнить каждому, кто связал свою жизнь с этой профессией.

Постожоговая стриктура прямой кишки ятрогенной этиологии

К.м.н., доц. У.К. Саяков

Национальный центр онкологии МЗ КР, г. Бишкек

Больной М., 55 лет, поступил в клинику им. Ахунбаева И.К. с жалобами на наличие колостомы и неудобства связанные с колостомой.

Анамнез болезни: 5 лет тому назад в одном из лечебных отделений Ошской областной больницы при проведении очистительной клизмы медицинская сестра по ошибке очистительную клизму выполнила горячей водой (подготовка к операции по поводу параректального свища). После очистительной клизмы больной почувствовал боль в нижнем отделе живота, При осмотре обнаружен ожог слизистой прямой кишки. Произведена экстренная операция: лапаротомия, формирование одноствольной колостомы.

При повторном поступлении выполнено клинико-рентгенологическое обследование. При пальцевом исследовании прямой кишки и ректоскопии за внутренним сфинктером отмечается сужение просвета прямой кишки. Ирригоскопия: ниже ампулярного отдела прямой кишки бариевая взвесь не проходима.

Реконструктивная операция: ...При ревизии обнаружена рубцовая ткань прямой кишки на протяжении 15 см. Произведена экстирпация колостомы. Рубцово-измененная прямая кишка мобилизована до сфинктера. Сигмовидная кишка низведена в анальный канал. Сформирован колоанальный анастомоз.

Послеоперационное течение без особенностей. Пациент был выписан с выздоровлением. При контрольном осмотре через 8 месяцев жалоб не предъявляет. Состояние больного удовлетворительное.

Мы не всегда заслуживаем благодарности, а почему?

Засл. врач КР, д. м. н., проф. У. Б. Байзаков,
д. м. н., проф. Р.Г. Гаипов

Больная А., 34-х лет, доставлена в хирургическую клинику в крайне тяжелом состоянии. Из анамнеза стало известно, что больная перенесла экстренную операцию по поводу внематочной беременности. После операции через 2 дня состояние больной

ухудшилось. Появились симптомы кишечной непроходимости и перитонита. В течение дня и суток состояние больной прогрессивно ухудшалось. Нарастали явления кишечной непроходимости и перитонита. Больная доставлена в хирургическую клинику Республиканской больницы.

При поступлении состояние крайне тяжелое. Отмечаются периодически рвотные движения, глаза не открывает, осунувшееся лицо. Неадекватна. Язык сухой, как щетка, обложен грязным налетом. Живот резко вздут, огромных размеров, реагирует при пальпации. В нижних боковых отделах определяется жидкость. Частое дыхание 40-42 раза в минуту. Пульс частый 150-154 в одну минуту; АД 100/60, сердцебиение, тахикардия, временами экстрасистолия. Консилиум врачей клиники: решено сделать релапаротомию с ревизией брюшной полости.

При вскрытии брюшины из раны выступила резко вздутая петля тонкого кишечника. Ревизией установлено, что, отступя 10-15 см от трейцовой связки, тонкий кишечник резко вздут, как «рукава рубашки», что обусловлено непроходимостью, вызванной большим марлевым тампоном. Подвздошная кишка была опавшая – свободная. На серозно-мышечном слое тонкого кишечника на расстоянии 5-6-7 см произошли разрывы в радиальном направлении, при этом через разрывы пролабирована слизистая оболочка тонкого кишечника, без дефекта. Произведена операция илеостомы подвздошной кишки с выведением наружу. Кишечник промыт до чистой воды с помощью толстого желудочного зонда. Дефект серозно-мышечной оболочки кишечника герметично ушит. Брюшная полость промыта, осушена. Наложены контрапертуры. В послеоперационном периоде дренажные трубки хорошо функционировали.

Больной проведено соответствующее реанимационно-хирургическое лечение и через 25 дней она была выписана из клиники в удовлетворительном состоянии. Илеостомы самостоятельно закрылась. Больная поправилась, родила мальчика. Здесь вину хирурга никак нельзя оправдать.

Ятрогенные болезни

Засл. деятель науки, д.м.н., проф. Э. Х. Акрамов

Немаловажное значение в хирургии в ходе операций имеет внимательность всей операционной бригады. При обширных оперативных вмешательствах на органах брюшной полости, когда задействовано большое количество инструментов, марлевых тампонов, салфеток, шариков, некоторые хирурги, к великому сожалению, игнорируют принципиальные законы, существующие в хирургии.

В частности, после вскрытия брюшной полости или грудной клетки со стола операционной сестры должны быть удалены все шарики и салфетки, а оставшиеся тампоны должны быть пересчитаны трижды перед их применением!

Почему? Да потому, что зачастую в каждой пачке, где должно быть десять тампонов, находится девять или одиннадцать, и в этой ситуации невнимательность операционной сестры может привести к трагическим последствиям.

Набор инструментария должен быть минимальным, мелкие зажимы должны быть удалены, а работа должна производиться только тремя зажимами, одними ножницами, одним пинцетом, одним или двумя иглодержателями.

Если хирург не соблюдает эти законы, он обязательно когда-нибудь совершит ошибку, которая для больного может закончиться трагедией. Приведу два примера наблюдений из моей практики, которые, думаю, будут полезны моим коллегам.

К нам в отделение поступил молодой человек 26 лет с клиникой кишечной непроходимости. Операция производится по жизненным показаниям в экстренном порядке. После вскрытия брюшной полости мы наблюдаем следующую картину: в ране предлежат петли тонкого кишечника черного цвета (цвета черной смолы).

Дальнейшая ревизия на предмет выяснения причин данной патологии показала, что причиной гангрены петель тонкой кишки явился инструмент – зажим для фиксации белья к передней брюшной стенке (зажим Микулича).

Больной был ранее оперирован по поводу ранения брюшной полости, и ему была произведена широкая лапаротомия. Петли тонкого кишечника пролабировали между браншами зажима и создали странгуляционную кишечную непроходимость с некрозом петли кишечника на протяжении одного метра. В связи с этим больному была произведена резекция петли тонкого кишечника на большом протяжении с последующим формированием илео-трансверзо-анастомоза. Больной был выписан на одиннадцатые сутки с полным выздоровлением.

...Молодой человек примерно тридцати лет поступает к нам в отделение с выраженной картиной желтухи. Ранее он был прооперирован в одной из клиник Бишкека по поводу эхинококкоза печени.

После выписки больного «с выздоровлением» он с желтухой поступает к нам в отделение Центра реконструктивно-восстановительной хирургии. Обследование на УЗИ показало, что общий желчный проток расширен до двух сантиметров, т. е. его диаметр увеличен в 2,5 раза. Без труда была диагностирована механическая желтуха.

После соответствующей подготовки больной был проперирован, и операционной находкой явился забытый марлевый шарик в общем желчном протоке, создавший обтурационную желчную непроходимость. После его извлечения проходимость была восстановлена и, больной на одиннадцатый день был выписан с полным выздоровлением.

Все это говорит о том, что первая операция по поводу эхинококкоза печени была проведена с техническими погрешностями – в эхинококковой полости был забыт марлевый шарик, который вызвал впоследствии пролежень и мигрировал в общий желчный проток.

Акушерско-гинекологическая практика глазами хирургов

Засл. деятель науки, д.м.н., проф. Э. Х. Акрамов

Известно, что операции в акушерско-гинекологической практике часто приводят к инвалидности, а то и к смерти рожениц. В чем же причина этих осложнений, которые ставят в очень трудное положение не только хирургов, но и урологов. Причем тут урологи? Дело в том, что органы малого таза располагаются по соседству с органами мочевыводящей системы, и надо сказать, что топографо-анатомическое расположение органов малого таза и забрюшинного пространства настолько вариабельно, а если еще при этом учесть и сосудистую систему – общую подвздошную артерию с ее ветвями, вену, венозное сплетение и т. д., то ясно, что процесс вмешательства в эту область не просто сложен, а архисложен.

И при проведении операции по удалению (экстирпации) матки хирургу или акушеру-гинекологу приходится считаться с этими анатомическими сложностями. Плохая ориентация, связанная зачастую со слабым знанием анатомии, и приводит к ятрогенным повреждениям. Не хотелось бы касаться этих случаев, но их так много, что пора садиться и писать монографию под названием «Ошибки в оперативной гинекологии».

Приведу одно наблюдение: у роженицы в послеродовом периоде открывается профузное маточное кровотечение. Все консервативные мероприятия по его остановке не дают результата. Принято решение произвести экстирпацию матки (основной причиной кровотечения явился ДВС-синдром). Во время операции были перевязаны оба мочеточника.

Отсутствие мочи в послеоперационном периоде наводило на мысль о механическом повреждении мочеточников. В связи с этим была срочно вызвана на консультацию урологическая бригада, которая, к нашему великому сожалению, в процессе операции совершила тактическую ошибку: не выполнив ревизию хода

мочеточников на наличие перевязки или пересечения, они произвели операцию дренирования мочеточника трубками.

В послеоперационном периоде образовались прогрессирующие мочевые затеки. Состояние больной ухудшалось. Была произведена следующая операция с наложением двусторонней пиелостомы.

Впоследствии развилось явление токсического гепатита. Все попытки лечения не увенчались успехом, больная в возрасте 32 лет умерла, оставив сиротами троих детей.

Подобные наблюдения можно продолжать и продолжать, но никому из тех, кого это, прежде всего, должно заинтересовать и у кого должно вызвать соответствующую реакцию, дела до этого нет. Конечно, хорошо, когда все хорошо кончается. Но безграмотность и без-наказанность клинических врачей, особенно сейчас, когда наступили времена бурного расцвета «врачебного бизнеса», приводят к трагическим ошибкам.

Расскажу еще об одном случае. Больная оперируется в гинекологическом отделении одной из столичных клиник по поводу миомы матки. Параллельно с удалением матки перевязывается мочеточник.

И вот эта больная обращается в хирургическое отделение с жалобами на боли в поясничной области. После обследования обнаруживается полное отсутствие функции правой почки. Дальнейшее специальное урологическое обследование показало, что имеет место полная перевязка мочеточника.

Через неделю от момента поступления и через два месяца с момента перевязки мочеточника нами была произведена операция по восстановлению проходимости мочеточника. Функция почки была восстановлена, что и подтвердило урологическое исследование. А ведь все могло закончиться иначе...

Мы располагаем несколькими наблюдениями, когда к нам обращались молодые женщины, которым были произведены различные гинекологические операции, но впоследствии у них развивались пузырно-влагалищные свищи. Это очень и очень тяже-

лая патология, из-за особой специфики которой эти больные оказывались отверженными в семье и обществе.

Этот вид оперативного вмешательства по реконструкции и восстановлению данных органов занимает особое место в пластической хирургии. Здесь необходимо учитывать тот факт, что эти больные многократно и безуспешно, с рецидивами, большими после-операционными грыжами передней брюшной стенки живота, оперировались в различных клиниках. Разработанная нами методика по ликвидации подобных осложнений дала положительные результаты. Больные полностью выздоравливают и возвращаются в общество и семью.

Не вреди...

Д.м.н., проф. А. Т. Токтомушев, д.м.н., проф.
Р. А. Оморев, к.м.н., доц. В. Н. Евсюков

В гинекологической практике врачи иной раз, проводят технически неправильную манипуляцию, что, к сожалению, приводит пациента к дополнительным страданиям. Приведем примеры.

1. Больная С., 37 лет (врач по профессии), поступила в онкоурологическое отделение с направительным диагнозом: “”Рак мочевого пузыря T2N0M0” Жаловалась на неприятные ощущения внизу живота, а именно в области мочевого пузыря; временами на наличие крови в моче, периодически на дизурию.

Из анамнеза: больной себя считает в течение последних 6-7 лет. Однократную гематурию отмечает 5 месяцев тому назад. В последнее время беспокоили рези в конце мочеиспускания и неприятные ощущения в мочевом пузыре. При обследовании по месту жительства заподозрена опухоль мочевого пузыря, по поводу чего направлена в институт онкологии.

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, половая жизнь с 23 лет, беременностей – 5, родов – 2, мед. аборт – 3. ВМС (внутриматочная спираль) установлена 8 лет тому назад в городской клинической больнице.

Объективно: общее состояние удовлетворительное; телосложение нормостеническое; регионарные лимфатические узлы не изменены, безболезненны при пальпации. Со стороны органов и систем патологии не выявлено.

При выделительной урографии: функция почек не нарушена, контраст выполняет все отделы верхних мочевыводящих путей; мочеточники прослеживаются на всем протяжении.

Заключение УЗИ мочевого пузыря: возможно объемное образование до 11 мм. в области дна мочевого пузыря. Цистоскопически: на левой стенке мочевого пузыря обнаружено образование, на поверхности которого наложены фибринозные налеты с инкрустацией солями.

Запланировано оперативное лечение. При операции выявлено следующее: экзофитное образование, которое принято за новообразование, оказалось инородным телом, представляющим собой ВМС с корпусом-трубочкой диаметром 0,5 см и длиной 5 см, исходящую со стороны полости матки (рис. 1).



Рис. 1. Внутриматочная спираль с корпусом.

В просвете трубки оказалась спираль, [не достигшая своей цели]. Поверхность образования инкрустирована солями. Трубка удалена, дефекты мочевого пузыря ушиты. Послеоперационный период протекал гладко. После операции она навсегда избавилась от постоянного дискомфорта в области мочевого пузыря и приема анальгетиков в течение восьми лет. Больная в удовлетворительном состоянии выписана из клиники.

2. Больная Ж., поступила с диагнозом “рак правой почки” Жалобы при поступлении на боли в проекции правой почки, наличие крови в моче.

УЗИ правой почки: почка деформирована, обнаружено объемное образование в области верхнего полюса до 90х70 мм в сечении; в области ворот правой почки определяется группа увеличенных лимфатических узлов.

На выделительной экскреторной урограмме видно, что чашечно-лоханочная система деформирована с обеих сторон; справа определяется дефект наполнения в области средне-нижнего отдела; в проекции правой подвздошной области определяется инородное тело – ВМС.

По поводу рака правой почки Т3N2MX запланирована операция – нефрэктомия. При ревизии в правой подвздошной ямке обнаружена ВМС (рис. 2), окутанная большим сальником размерами 5х4 см продолговатой формы. Большой сальник частично резецирован. В макропрепарате оказалась ВМС, которая без особых усилий удалена. Правые придатки матки в спайках. Далее продолжена операция по поводу основного заболевания.

При ретроспективном сборе анамнеза жизни больной выяснилось, что около 19 лет назад по месту жительства ей была установлена ВМС. В момент оперативного лечения по извлечению инородного тела ей было 63 года.



Рис. 2. ВМС в брюшной полости.

Когда мы только начали собирать материалы о казуистических случаях в хирургической практике, поступали единичные эпизоды, связанные с установлением внутриматочной спирали. Хотя мы о них слышали, удивлялись допустимости ятрогенной патологии. Но когда эти факты участились, убедились в этом воочию. И прямо хочется для этой патологии выделить статистический официальный код, как новой нозологической единицы болезни. Оказывается, этим никого не удивишь.

По данному вопросу ниже приведу аналогичные случаи, которые рассказали хирурги с большим стажем. Так, **профессор Р. А. Омор** оперировал одну больную по поводу острого живота, после очередного вставления ВМС. При ревизии органов брюшной полости обнаружил мигрирующие три спирали. Операция завершилась удалением всех ВМС и ушиванием раны задней поверхности матки.

Доцент В. Н. Евсюков приводит аналогичное наблюдение.

В клинику урологии обратилась больная А., 36 лет, с жалобами на учащенное, болезненное мочеиспускание, боли над лоном и в поясничной области. Из анамнеза выяснено, что несколько лет назад ей была установлена внутриматочная спираль. Несмотря на это женщина забеременела и родила здорового ребенка в срок. Через 1 год после родов ей установили вторую внутриматочную спираль. После родов у больной появились симптомы цистита, по поводу которого она неоднократно лечилась по месту жительства у уролога и гинеколога.

В связи с неэффективностью лечения больная была госпитализирована в урологическое отделение Национального Госпиталя МЗ КР, где было проведено полное урологическое обследование. На обзорной цистограмме в проекции малого таза выявлены две внутриматочные спирали, одна из которых располагается слева от средней линии и к ней фиксирован конкремент размером 6х1,8 см.

Диагноз: инородное тело в мочевом пузыре – внутриматочная спираль (ВМС). Камень в мочевом пузыре на ВМС. Хронический цистит, пиелонефрит. Хронический правосторонний аднексит, внутриматочная спираль в полости матки.

Под спинномозговой анестезией выполнена операция: цистолитотомия с удалением инородного тела. При ревизии полости мочевого пузыря обнаружен конкремент размером 5х3х1,5 см, фиксированный на одном из концов ВМС, два других конца ВМС расположены в стенке мочевого пузыря. Конкремент по форме напоминает створку раковины. Послеоперационный период протекал гладко, и больная была выписана домой в удовлетворительном состоянии. Вторая ВМС находящаяся в полости матки не удалена.

Больная призналась, что ВМС установлена дважды, в разное время, с промежутком в 4 года.

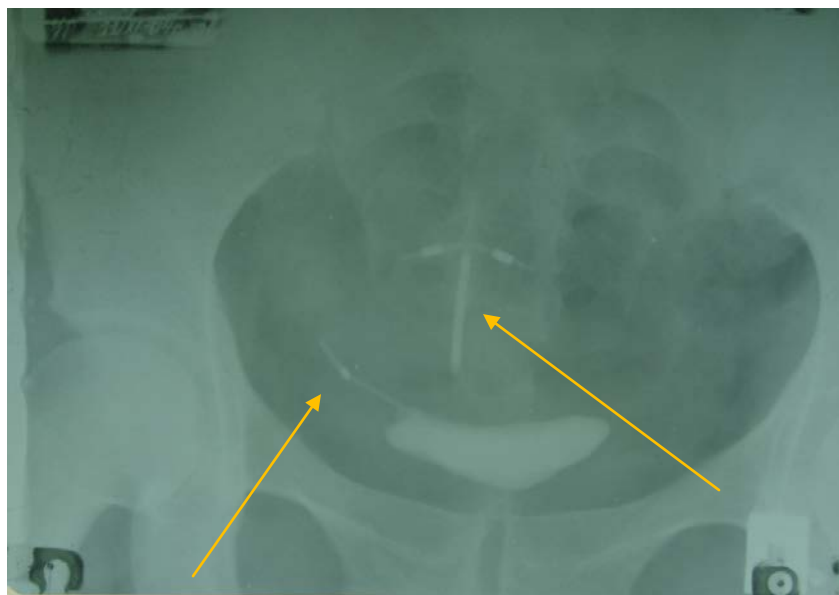


Рис. 3. ВМС в полости мочевого пузыря и в полости матки.

На представленной рентгенограмме (рис. 3) определяются: ВМС расположенная в матке (последняя) и в полости мочевого пузыря (неудачно установленная 4 года тому назад).

**Ох уж эти тампоны
(причем тут тампоны, надо винить...)!..**

К. м. н., доц. У. К. Саяков, А. С. Ванинов

В нашей клинике Кафмедцентр накоплен достаточно богатый опыт по находке и извлечению из брюшной полости тампонов после ранее перенесенных операций, чаще всего это наблюдается после гинекологических операции.

Приводим одно наиболее иллюстративное наблюдение: Больная Э., 25 лет. При поступлении в клинику жаловалась на боли в правой подвздошной области во время *mensis*, чувство дискомфорта внизу живота.

Из анамнеза установлено, что вышеуказанные жалобы больную беспокоят в течение 3 месяцев. Больная самостоятельно обратилась в кабинет УЗИ, где были выявлены данные, указывающие на наличие кисты яичников и объемного образования в малом тазу. Больная была направлена на консультацию к онкологу. Со слов больной год назад она перенесла операцию по поводу внематочной беременности в роддоме.

При обследовании анализы крови без особенностей. При обзорной рентгенографии: в брюшной полости определяется в проекции матки инородное тело в виде ниток (рис. 1).



Рис. 1. Инородное тело – рентгенопозитивные марлевые тампоны в малом тазу.

Ирригоскопия – без особенностей. УЗИ органов малого таза: данные указывают на наличие кистомы правого яичника и фолликулярной кисты левого яичника. Справа и позади матки лоцируется инкапсулированное жидкостное образование размером 106x102 мм неоднородной структуры, весь просвет занимают множественные линейные и извилистые структуры.

При гинекологическом осмотре: наружные половые органы в норме, влагалище свободное, шейка матки цилиндрической формы, эпителизирована. Тело матки не увеличено, отклонено влево, левые придатки не увеличены. Справа в области придатков пальпируется объемное образование плотной эластической консистенции, фиксированное. Параметрии свободные, инфильтратов в малом тазу нет.

Per rectum: на высоте пальца по правой боковой стенке таза определяется объемное образование, плотное, с четкими контурами, относительно подвижное, болезненное. После обследования решено больную оперировать, так как полученные результаты расценены как объемное образование правых придатков.

Больная оперирована, при лапаротомии в малом тазу обнаружено инородное тело. Операция – извлечение инородных тел (марлевый тампон и шовный материал) Послеоперационный период протекал гладко, выписана в удовлетворительном состоянии.

Маска раковой болезни снята

Д. м. н., проф. А. Т. Токтомушев

Как-то, мне позвонил сокурсник, попросил проконсультировать одну онкологическую больную – его родственницу с диагнозом: рак правой почки.

Поступила молодая женщина двадцати пяти лет. Состояние больной было вполне удовлетворительным. Были жалобы на

припухлость в правом подреберье и периодический подъем температуры тела до критической отметки, особенно по вечерам.

У больной около двух месяцев тому назад в одной из районных больниц республики при обследовании заподозрили эхинококковую кисту правой доли печени и госпитализировали ее. После соответствующей подготовки, больная была оперирована. Согласно выписке из истории болезни, во время операции хирург местной больницы обнаружил опухолевый инфильтрат в области правой почки. Инфильтрат вышел за пределы органа и занимал весь правый боковой канал. Операционную находку интерпретировали как неоперабельную опухоль правой почки и операция завершилась констатацией факта: наличие злокачественной опухоли и преждевременным смертельным вердиктом.

К сожалению, коллеги не соизволили даже взять биопсию из «опухоли». Вот с таким, весьма неблагоприятным прогнозом она поступила в наше отделение. Да, действительно, когда коллеги-хирурги увидели своими глазами этот процесс и, хотя без верификации, установили такой диагноз, крайне трудно было усомниться в их правоте и предположить диагностическую ошибку. Еще сложнее стал вопрос: «надо ли вмешиваться повторно?»

Больную мучили только два симптома: подъем температуры до 39–40° по Цельсию и боль и припухлость в проекции правой почки (последняя стала увеличиваться интенсивно), что нас настораживало и склоняло в пользу воспалительного процесса.

Под общим наркозом больная прооперирована. Правый боковой канал освобожден от послеоперационных рубцов. В области нижнего полюса почки пальпируется размягченный участок. При попытке выделения его внезапно повредилась капсула абсцесса и, оттуда прорвался густой зеленоватый гной. Эвакуировано около 300 мл гноя.

Капсула абсцесса была крайне истончена. Создалось впечатление, что при резком напряжении брюшной полости больной, возможно абсцесс самостоятельно прорвался бы в брюшную полость и осложнился бы гнойным перитонитом (наше мнение).

При дальнейшей ревизии органы брюшной полости без особенностей. Функционально-анатомическая структура правой почки не нарушена. Больная выписана с выздоровлением. Был снят онкологический диагноз.

Запоздалый диагноз

А. Т. Джумаев

Зав. отделением челюстно-лицевой хирургии НГ КР

Будучи еще студентом, запомнился мне один клинический случай, который до сих пор крепко сидит в моем сознании. Учился на третьем курсе. Проходило занятие по патологической анатомии. Преподаватель, доцент с многолетним стажем работы, демонстрировал вскрытие трупа. Труп доставлен из хирургической клиники.

Больной оперирован трижды по поводу перитонита неизвестной этиологии. В каждом случае источник раздражения брюшины не был найден, хотя выпот в брюшной полости постоянно обнаруживался. Оперативное вмешательство во всех трех предыдущих случаях заканчивалось только дренированием брюшной полости. Оперировали высококвалифицированные хирурги.

Больной умер от перитонита после третьей операции. При вскрытии также отмечался мутный выпот в брюшной полости. Патологоанатом аккуратно иссек весь желудочно-кишечный тракт единым блоком и внимательно начал осматривать препарат. Двумя пальцами начал прощупывать по ходу кишечника, сверху вниз и вдруг в области 1/3 части тощей кишки его пальцы остановились и что-то он пропальпировал. Этот участок иссечен. Как говорится, здесь была «собака зарыта».

Оказалось малюсенькая рыбья кость, перфорирующая стенку кишки, была незаметным источником перитонита.

"Профилактическая аппендэктомия"

Засл. врач КР, М. А. Атбаев.

Нарынская территориальная больница

В дружном коллективе хирургического отделения одной из районных больниц намечилось торжество, которое решили отпраздновать в живописном уголке района. Все отправились туда, кроме ургентной бригады. Они естественно остались в отделении с великой скорбью, что, к сожалению, не участвуют в этом знаменательном торжестве. Но они были намерены любым путем попасть туда по мере возможности, завершив свою работу.

И вдруг поступает подряд 2 больных с острым аппендицитом. Хирург быстро сделал обе операции и с облегчением вздохнул и подумал, что не далеко то время, когда он присоединится к веселой ватаге. Только собрался снять с себя операционную одежду и вдруг медсестра, из предоперационной комнаты стучит по окошечку и показывает указательный палец, говорящий о том, что еще одна операция и выразительно показывает, что после этого – «гуляй Вася».

Настолько она выразительно сделала этот жест, аж хирургу стало весело, что прежний азарт завладел новыми силами. «Третий аппендицит» завершён с такой же быстротой. Вот теперь можно «гульнуть», сказав это, хирург собрался снять халат. Вдруг пациентка на операционном столе дрожащим голосом говорит: – «доктор, а мою липому на коже будете иссекать?»

Хирург в угаре предстоящего торжества не спросил, – какой диагноз? Так, что «гульнуть» по полной программе с весельем на этот раз не пришлось. За содеянное дело ответ держать пришлось ой – ой – ой.