

ОГЛАВЛЕНИЕ

Рецензия Котива Б.Н.	4
Рецензия Спиридонова В.А.	6
Список сокращений и условных обозначений.	8
Предисловие.	9
Глава 1	14
Глава 2	28
Глава 3	38
Глава 4	47
Глава 5	63
Глава 6	72
Глава 7	81
Глава 8	91
Глава 9	99
Глава 10	116
Заключение.	129
Список литературы	145
Приложение	147

ГЛАВА 1

*«Десять негритят отправились обедать,
Один поперхнулся, их осталось девять»*

В хирургии, как в никакой другой специальности, практический навык и уверенность в его правильном техническом исполнении приходят с опытом, с ошибками и неудачами на этапе освоения. К великому сожалению, в хирургии не работает известное выражение Отто фон Бисмарка: «Дураки говорят, что они учатся на собственном опыте, я предпочитаю учиться на опыте других». Учиться на ошибках других здесь не всегда проходит, ибо часто приходится учиться на своих собственных ошибках. Как же приобрести опыт? Как «набить руку»? Обучение хирургии — это бесконечно повторяющийся непрерывный процесс. Как хороший пианист каждый день должен играть гаммы, так и хирург, чтобы стать мастером своего дела, должен ежедневно практиковать. День за днем. Шаг за шагом. Сначала — освоение навыка, технического приема, манипуляции, техники операции, подобно блужданию в потемках, когда делаешь своими руками, но головой старшего коллеги. Затем постепенно приходит осознание и представление о каких-то отдельных частях, фрагментах, кусках целого — того, что надо освоить. И вот, наконец, однажды приходит вознаграждение за потраченное время, за упорство, за вложенный труд. Награда приходит в виде озарения, осознания навыка в целом, во всей его полноте. «Опыт — жестокий учитель, но на опыте ты учишься. И как учишься!» — сказал Клайв Стейплз Льюис (Clive Staples Lewis), ирландский писатель и ученый (1898–1963). Однако по-другому — невозможно. Никакой симулятор, никакая компьютерная программа, никакой виртуальный тренажер не заменят живой хирургии. Это самообман. Такова объективная реальность. Такова Жизнь. Однако в этой аксиоме есть одно маленькое «но». Хирург набирается опыта, оперируя других людей.

В хирургической специальности изначально заложено неразрешимое противоречие. «Хирургия как средство — это искусство!» С одной стороны, молодого хирурга надо научить навыку. С другой стороны — для

пациента надо снизить риск, неизбежно возникающий в процессе этого обучения. Ни симулятор, ни наставник не смогут в полной мере устранить такой риск при первых неумелых попытках начинающего хирурга. Достичь необходимого совершенства без ошибок — это недостижимая утопия! Поэтому обучение ведется тайно, прикрывается общей анестезией, завесой молчания. Ибо если не учить новичка, в конечном итоге будут страдать его будущие больные. Это неудобная правда о становлении хирурга. «Каждый хирург несет в себе небольшое кладбище, на которое время от времени ходит помолиться, — средоточие горечи и сожалений, где ему следует искать причины своих неудач» — Рене Лериш (Rene Leriche), «Философия хирургии» (1951). И в этой ситуации очень много зависит от морали, нравственности как самого новичка, так и коллектива, в котором он проходит становление. Самое нетерпимое в хирурге — категоричность. У хирурга с низкой моралью могут выиграть личные амбиции. Он обязательно сам должен выполнить операцию, провести технический прием, удалить пораженный орган. Он обязательно должен выйти победителем, не прибегая к помощи старших. Он должен доказать себе и окружающим коллегам свою компетентность. Удовлетворение собственного тщеславия для такого хирурга имеет принципиальное значение. Хирург с высокой моралью не пойдет на неоправданный риск, на технический прием, которым он еще не совсем владеет, в надежности выполнения которого он еще сомневается. Такой хирург не постесняется позвать на помощь старшего товарища. Главное для него — сохранить жизнь больного, добиться его выздоровления. Один из моих первых учителей Владимир Георгиевич Чуприн часто любил повторять нам, молодым хирургам, только-только начинающим свой путь: «Тому, кто хочет в хирургии набить руку, следует набить морду!» И на эту тему наш первый клиничко-правовой разбор.

Середина лета. В больнице города К. было очередное суточное дежурство по неотложной хирургии. За окнами приемного отделения стремительно брала свое темная июльская ночь. Круглый блин Луны, похожий на большую сдобную лепешку, светил с черного небосвода. Густо пропеченный июльский воздух не хотел остывать, чтобы принести долгожданную свежесть на смену дневной жары. Стрелки часов показывали четверть одиннадцатого...

Заскрипели петли входной двери, и на пороге приемного отделения появился молодой человек. Это был красавец высокого роста, широкоплечий, стройный, с тонкой, словно перетянутой, талией, мускулистый, спортивного телосложения. Мужчина самостоятельно обратился за медицинской помощью по поводу травмы, полученной за 3 ч до обращения. Во время игры в пейнтбол он случайно получил от своего соперника удар

локтем в левое подреберье. Сразу же после этого он почувствовал кратковременную несильную боль в левой половине живота. Интенсивность боли была незначительной. Поэтому в азарте игры молодой человек не обратил на нее особого внимания. Однако после окончания игры боль в животе вновь напомнила о себе. В связи с этим мужчина заехал в ближайшую больницу.

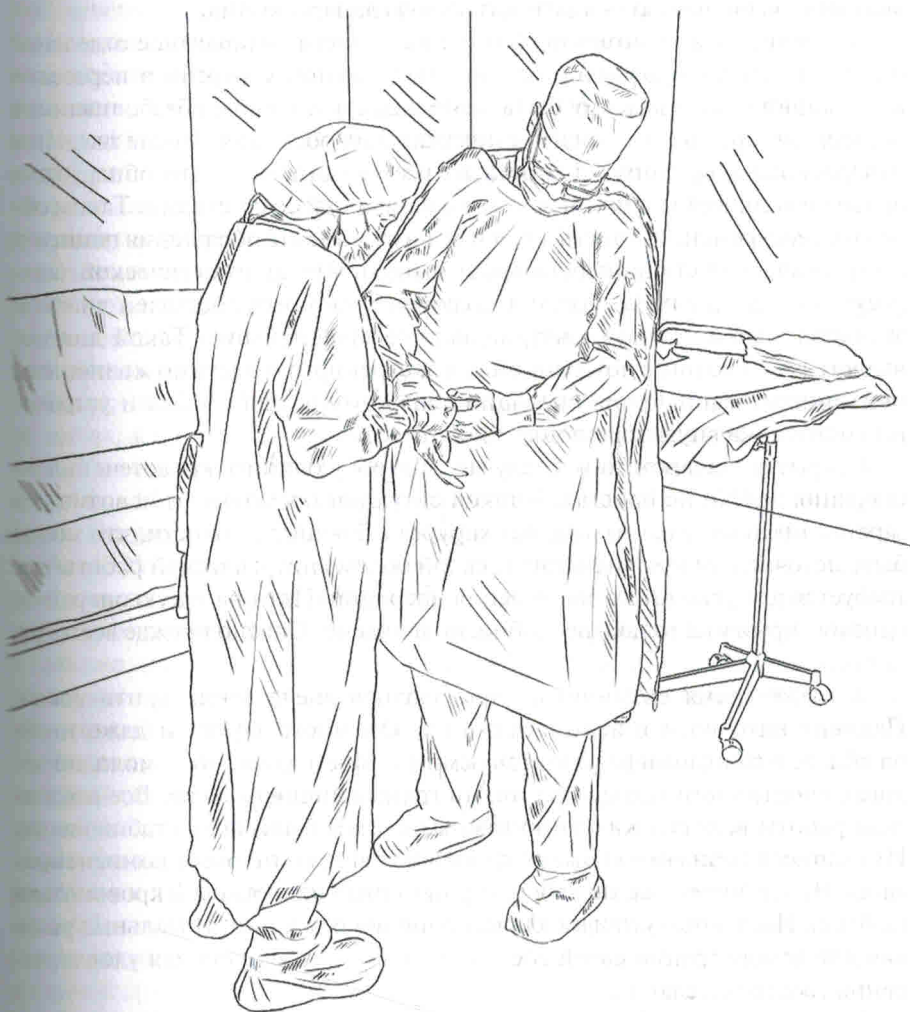
В эту ночь в приемном отделении дежурил хирург А. Это был молодой специалист, 3 года назад успешно закончивший ординатуру по специальности «Хирургия». Стаж работы у него был небольшой. Однако все коллеги отзывались о нем положительно, как об исполнительном и грамотном враче, который работал с желанием, и работа ему нравилась. В этом общем хоре положительных отзывов немного настораживали лишь два момента. Заведующий отделением анестезиологии и реанимации охарактеризовал его как активного, «шустрого» врача. Заместитель главного врача по хирургии в качестве минуса отметил его выраженную «амбициозность».

Итак, 16.07.2023 в 22:15 в приемном отделении больницы города К. судьба пересекла жизненные пути двух молодых людей, практически ровесников: пострадавшего П. 1999 года рождения и хирурга А. 1998 года рождения.

Во время проведения дежурным хирургом приемного отделения первичного осмотра пациент жаловался на боли в левом подреберье, в области левой реберной дуги. Общее состояние пострадавшего было удовлетворительным. Он был в ясном сознании, много шутил, играл на айпаде в ожидании результатов осмотра. Однако обращала на себя внимание бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Пациент не мог спокойно лежать на спине, так как в горизонтальном положении у него появлялась боль в животе. Частота дыхания составляла 17 дыхательных движений в минуту. Тоны сердца были ясными, ритмичными. Частота сердечных сокращений — 80 в минуту. Артериальное давление — 100/80 мм рт.ст.¹ Язык был влажным и чистым. Живот имел правильную форму. На коже передней брюшной стенки в области левого подреберья присутствовал кровоподтек лилового цвета округлой формы размерами около 3 см в диаметре. При дыхании пациент шадил левую половину живота. При пальпации передней брюшной стенки она была мягкой. Печень и селезенка не определялись. Однако дежурный доктор обнаружил болезненность в области левого подреберья. Каких-либо специфических симптомов раздражения брюшины при этом не было выявлено. Каких-либо нарушений мочеиспу-

¹ Физиологические нормы показателей гомеостаза, встречающихся в тексте, приведены в конце книги.

скания и стула не было установлено. Общий анализ крови и мочи не выявил никаких отклонений, за исключением незначительного снижения уровня эритроцитов в периферической крови — $3,9 \times 10^{12}$ в 1 л.



После осмотра пациента в приемном отделении дежурный хирург оценил его состояние как средней степени тяжести на основании анализа предъявляемых жалоб, результатов объективного обследования и лабораторных методов исследования. Своевременно, то есть непосредственно после первичного осмотра в приемном отделении, был поставлен диагноз:

закрытая травма живота. Для уточнения диагноза, а именно подтверждения или исключения повреждения внутренних органов брюшной полости, дежурный хирург абсолютно верно и вполне логично решил провести экстренную операцию — диагностическую лапароскопию.

В течение часа от момента обращения пациента в приемное отделение он бы госпитализирован в отделение неотложной хирургии и переведен в операционную. Здесь ему была выполнена под общим обезболиванием экстренная операция — диагностическая лапароскопия. После введения лапароскопа в брюшную полость во всех ее отделах было обнаружено большое количество ярко-красной жидкой крови со сгустками. Таким образом, своевременно, то есть в течение 1 ч от момента обращения пациента в хирургический стационар, во время выполнения диагностической лапароскопии дежурным хирургом абсолютно точно был поставлен диагноз: закрытая травма живота, внутрибрюшное кровотечение. Такой диагноз является абсолютным показанием для экстренного, то есть по жизненным показаниям, выполнения операции лапаротомии для поиска и устранения источника внутрибрюшного кровотечения.

Открытая лапаротомия в случае внутрибрюшного кровотечения — операция далеко не простая. В такой ситуации практически невозможно заранее предсказать, что ожидает хирурга в брюшной полости, что может быть источником кровотечения и какой объем хирургической работы потребуется для успешного завершения операции. Идти на такую операцию одному хирургу не только неудобно, но и опасно. Опасно прежде всего для пациента.

В то же время ситуация не производила впечатления критической. Пациент находился в ясном сознании. Он много шутил и даже играл на айпаде в ожидании результатов осмотра. Пострадавший — молодой человек спортивного телосложения, ни грамма лишнего жира. Все показатели работы всех его жизненно важных систем были пока стабильными. Имеющиеся незначительные отклонения в их работе были компенсированы. Ни клинических, ни лабораторных признаков тяжелой кровопотери не было. Идеальные условия для выполнения операции. Идеальные условия для демонстрации своей состоятельности как хирурга для удовлетворения своего тщеславия.

Отступление 1. В больнице, где происходили описываемые события, существовал «Регламент работы дежурной бригады». Он был утвержден главным врачом. В соответствии с этим регламентом неотложную хирургическую помощь в ночное время оказывают два дежурных врача-хирурга. Старший врач дежурной хирургической бригады занимается пациентами в хирургическом отделении. Второй хирург работает в приемном отделении. Кроме

того, в ночное время в больнице работают и врачи других хирургических специальностей: гинеколог, нейрохирург, травматолог. В случае поступления пациента, нуждающегося в экстренном хирургическом вмешательстве, хирург приемного отделения обязан поставить в известность старшего врача. Он и принимает решение о составе операционной бригады. В случае, когда второй дежурный хирург из-за своей занятости не может принять участие в операции, его обязан заменить врач другой хирургической специальности.

И здесь мы подходим к существенному моменту, который во многом определил дальнейшее развитие катастрофы. Открытую лапаротомию при продолжающемся внутрибрюшном кровотечении выполняет неполная операционная бригада. Она состояла из одного врача-хирурга и медицинской операционной сестры. Важно отметить, что стаж врача насчитывал всего 3 года хирургической работы. Ранее он непосредственно участвовал всего в пяти подобных операциях. И лишь однажды — в качестве самостоятельного оператора!

Итак, 16.07.2023 в 23:25 молодой хирург, полный уверенности в своих силах, в одиночку перешел на открытую верхнесрединную лапаротомию. Во всех отделах брюшной полости находились свежая жидкая кровь и сгустки общим количеством около 1000 мл. Кровь и сгустки были удалены. Острая потеря крови в количестве 1000 мл, или, другими словами, не более 25% исходного объема циркулирующей крови, по современным представлениям, является умеренной. Здоровый взрослый организм способен компенсировать ее путем активации механизмов саморегуляции. Главными из них являются повышенное содержание воды в крови (гемодилюция) и перераспределение крови в органах (централизация кровообращения). Однако такая кровопотеря далеко не безразлична организму. Уменьшение объема циркулирующей крови приводит к уменьшению притока венозной крови к сердцу, снижению центрального венозного давления и системного артериального давления. Уменьшается ударный объем сердца. Это, в свою очередь, приводит к снижению перфузионного давления в сосудах органов и тканей. Далее снижается доставка кислорода и питательных веществ к клеткам, а от них — транспорт углекислого газа и продуктов обмена веществ. В результате нарушаются функции органов и тканей организма.

Одним из способов компенсации острой кровопотери является возвратное переливание собственной крови, излившейся в брюшную полость, — аутогемотрансфузия. Об уникальной ценности крови говорится даже в одном из стихов Библии: «Кровь людская — не водица, проливать не годится». Кровь — это жизнь, кровопотеря — это смерть. Однако в нашем случае аутогемотрансфузия не была выполнена. По версии хирурга,