

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

Токтомушев А.Т.

Д.м.н., проф.

Ибраев Б.М.

научный сотрудник,

Керимов А.Д.

ординатор,

Салихар Р.И.

аспирант.

Центр онкологии и гематологии Республики Кыргызстана.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И. К. Ахунбаева,

Кыргызско-Российский Славянский Университет им. Б.Н. Ельцина.

КАК ОБЕЗОПАСИТЬ БОЛЬНЫХ ОТ ХИРУРГОВ

Аннотация. Более тридцати лет, в разные годы, в виде отдельных казуистических наблюдений в медицинской практике собраны около 200 клинических наблюдений. В свое время они сами по себе оставались как единичные клинические эпизоды, и естественно не имели обобщающие выводы. С истечением времени эти уникальные клинические наблюдения собраны в одну солидную монографию, под названием "Форс-мажор в хирургии" с международной книжной маркой - LAP LAMBERT/ International Book Market Service Ltd., member of OmniScriptum Publishing Group. 2018. Привлек интерес к данной книге даже людей далеко от медицины. Теперь они изучены, обобщены и систематизированы. Современному исследователю врачу, на фоне бурного роста диагностической нано технологии, всеобщий подъем уровня образованности населения и рост клинических мышлений медицинских работников необходимо новое надежащее отношение своей обязанности.

Допущение ошибок в хирургической практике 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.

Профилактическая аппендэктомия

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» завершен с такой же быстротой. Вот теперь можно «гулянуть», сказав, 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 «гулянуть» по полной программе с весельем на этот раз не пришлось. За содеянное дело ответ держать пришлось ой – ой – ой.

Совет: Эмоция хирурга полностью затуманила ум врача. Не зря говорят: нож хирурга должна контролироваться головой хирурга. Не одержимость хирурга: это симптом, который повлечет за собой неприятности. Требуется консультация соответствующих специалистов самому хирургу.

Литературные источники [8].

«Наступление на грабли» или риск поневоле

Знакомому стоматологу пожаловался больной на невыносимую боль в зубах. Он с этой проблемой два дня не спал. Врач внимательно осмотрел, установил диагноз и объяснил другу-пациенту, что зуб, к сожалению, не подлежит лечению, необходимо его удалить. Такой вердикт принят с удовольствием, потребовал незамедлительную процедуру хоть «без обезболивания». «Так не бывает в современной медицине» – буркнул доктор и занялся обезболиванием.

После того как сделал проводниковую блокаду у пациента появилась мгновенная картина анафилактической реакции на новокаин. Срочно проведена соответствующая терапия. Больной

пришел в себя через 2-3 минуты. Медицинский персонал испугался. К счастью аллергическая реакция прошла буквально через 10-15 минут без последствий. После этой тревожной процедуры интенсивность боли в больном зубе еще стала больше. Клиент стал требовать удаления больного зуба любым путем.

Медсестра набрала в шприц другого обезболивающего препарата, от которого практически не наблюдается осложнений и положила его на стол врача. Теперь доктор осторожнее стал вводить препарат в нужное место. И вдруг такая же реакция как предыдущая. На этот раз более выраженная, чем первая. У доктора опустились руки, был в отчаянии. Давай опять повторять те же противошоковые мероприятия, слава богу, не дошел до тяжелейшего осложнения.

Вопрос в чем же дело: выяснилось, что доктор перепутал шприц и ввел тот же новокаин в первом шприце. Ведь шприцы были одинаковы, и они лежали рядом. Как говорится “наступил нате же грабли”. Однако назойливое требование пациента достигнуто ценой на третьей рискованной попытке. Врач всегда должен быть внимательным, такая небрежность могла бы стоить жизни больному.

Литературные источники [2,11].

Прекрасно, но...

...Женщина, 39 лет, обратила внимание на значительное увеличение живота. Онкогинеколог, определив асцит, диагностировал IV стадию рака яичника, квалифицировал состояние больной как инкурабельное и направил пациентку в поликлинику для симптоматического лечения. Больная обратилась к хирургу, который, усомнившись в диагнозе и прогнозе, выполнил лапаротомию. Оказалось, что большую часть объема живота занимает гигантская забрюшинная липома. Хирург удалил липому весом в 12,5 кг. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Интересна реакция онкогинеколога, у которого больная оставалась на учете. Увидев преобразившуюся после операции больную и прочитав справку, он сказал: «Как, вы согласились на операцию? Вы ведь могли остаться на операционном столе!».

Литературные источники [1].

Честь мундира

Тучный мужчина, 29 лет, вскоре после сытного ужина поступает в хирургический стационар, где диагностируется острый панкреатит, и больного начинают готовить к операции. Мать больного, врач, обращается к врачу с просьбой пригласить на консультацию хирурга из другой больницы. В консультации ей отказывают, пациенту делают премедикацию и везут в операционную.

Тогда мать решается на рискованный поступок. Она сняла сына с носилок и отвезла его к хирургу, консультации которого добивалась. При исследовании в другой больнице показаний к неотложной операции не обнаружено. Проведена

детоксикационная терапия, и на третьи сутки больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Ситуативные объяснения: Имеются другие мысли с точки зрения опытного клинициста: Действительно острый панкреатит весьма проблематичная тема ургентной хирургии. По литературным данным почти 60-70 % случаев приводит к летальным исходам, следовательно, с таким грозным диагнозом не каждый хирург делает рискованный шаг. Золотая правила в абдоминальной хирургии и анестезиологии является: в минимальное время подготовить пациента к оперативным вмешательствам! Адекватная лекарственная процедура, во-первых, служит, как дифференциальная диагностика, где после которой концентрируется основная патология, наводя на определенную мысль, с другой сторон, как лечебная процедура поможет купировать приступы боли не зависимо от происхождения, как на нашем примере. По всей вероятности, здесь доминирующим фактором является неполноценная подготовка пациента в отделение, где больной впервые диагностирован. Более того – транспортировка пациента при таком состоянии категорически запрещается.

Литературные источники [1,2,6].

Когда фортуна отвернулась жестоко

Больная женщина, 34 года, поступает в Республиканский центр нефрологии 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 боли оказывается опухолью измененная правая почка» и решил удалить правую почку. Выполнена злополучная нефрэктомия.

Оказалось, что у больной редкая врожденная патология – единственная правая почка!!

Прославленный на весь район: лихой хирург не подумал сделать ревизию на предмет наличия другой почки. Ситуативная ответственность терпел фиаско. Чтобы характеризовать такую ситуативную тактику не обязательно быть хорошим хирургом! Об этом упомянуты факультетской, госпитальной хирургии и урологии. Жалко, он же сделал ненамеренно.

Литературные источники [2,11].

Огонь, вода и медная труба

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.

Литературные источники [2,11].

Не вреди

Большая 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.

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.

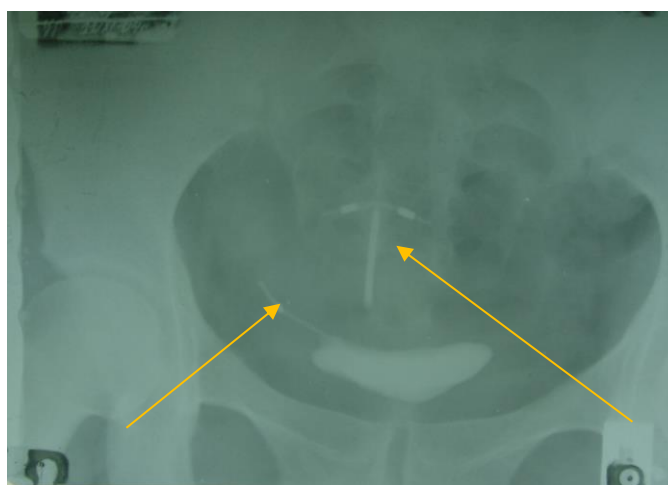


Рис. 2. ВМС в полости мочевого пузыря и в полости матки.

На представленной рентгенограмме (рис. 2) определяются: ВМС расположенная в матке (последняя) и в полости мочевого пузыря (неудачно установленная 4 года тому назад).

Литературные источники [9,2,3,].

Обойма

... 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*.

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.

Литературные источники [5,7,10].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Когда больной нуждается в лечении, естественно обращается к врачам. Это практически единственный правильный путь решения вопроса. К сожалению, в некоторых моментах проблема осложняется. Правильное установление диагноза болезни не простая клиническая процедура. При изучении материала в книге «Форс мажор в хирургии», невзначай, выявляются совершенно другие явления, которые связаны с неопределенными явлениями, и условия не свойственными к медицинской практике. Но и это не все, самое интересное, что с поиском

диагностики всплывают вопросы юриспруденции или социально-психологические проблемы, которые каким-то образом между собой обусловлены. Особенно, в их генезе одни выступают как основной предмет поиска, другой создает сопутствующий фон к первому. Иногда, в этой «клубке» причинно-следственной связи захвачен, и сам врач со своим желанием лечить пациента, хотя его скрытое психосоматическое состояние не позволяет адекватно выполнить свою святую миссию. Допускает ошибки. Иногда сам пациент дезориентирует ход мысли. В конце концов, их объединяет ситуация или момент, где необходимо перво-наперво установить диагноз патологии, и разобраться с этой причинно-следственной связью, обусловленными с другими явлениями. В создавшейся ситуации: по большому счету, в прямом или косвенным способами каждый объект или явление требует своего решения.

Целью настоящего исследования была: существует ли какой-нибудь материальная основа приведенных необычных наблюдений, и в чем особенность и привлекательность настоящей работы? Да, оказывается из этой группы наблюдений, почти 13,5% случаев сопровождаются с определенными явлениями, т.е. создается некая причинно-следственная связь между объектами, что делают их интересными и казусными. Вот в чем заключается в их редкости в опубликованных работах периодической печати. Здесь имеет место и элементы парамедицины. Материалы анализированы с точки зрения методологии эпистемологии [4], которая предоставляется в такой формуле: ситуация = диагностика патологии и к ним примкнувшие сопутствующие явления, которые должны соответствующее внимание и решение. В результате простого исследования и анализа ретроспективного клинических материала: «Форс мажор в хирургии» мы расширили границы возможности привычного традиционного понятия диагностики заболевания. Они являются предметом преподавания не только в медицинских вузах. Вопросы юриспруденции должно учитываться или соответствующим образом отражаться в официальных документах с точки зрения надлежащее образовательного познания. Если надо, является концепцией методологии диагностики в медицинской практике в определенной ситуации. В исследованиях подняты и другие вопросы, представляющие актуальные направления в врачебной деятельности. Приводятся весьма редкие уникальные случаи, которые обогащают и дополняют практическую медицину. Материал в какой-то мере помогает усовершенствования научный потенциал сотрудников и врачей в сфере клинической медицины, привлекая их творческим подходом к своей работе.

ЛИТЕРАТУРНЫЕ ИСТОЧНИКИ

1. Александров*М.Т. д.м.н., проф., к.м.н. Э.Г. Маргарян, З.С. Будайчиева Применение методики

оценки психоэмоционального состояния врача и пациента для гендерной гармонизации субъекта (врача) и объекта (пациента) в клинике терапевтической стоматологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия.

2. Движнов Ю.В. //Законодательные конфликты в медицине. Философия социальных коммуникаций. №4 (45) 2018. С. 7

3. Диагностика и лечебная тактика при инородных телах желудочно-кишечного тракта у детей. //Афтореферат дисс. на соискание ученой степени кандидата мед. наук. Москва 2015.

4. Леонов А.М. //Эпистемология сложности в контексте компьютерных наук. Автореферат на соискание ученой степени доктора философских наук.

ISBN 966-7347-07-9

5. Ким Фёдоров. Случаи из хирургической практики. Журнал "Бельские просторы" Ноябрь 2002. №11.

6. Конфликт между подчиненными //Да Сигма. Журнал для фармацевтов. 02.04.2018. № 4.(стр. 12).

7. Токтомушев А.Т. Форс мажор в хирургии. LAP LAMBERT/ Internation Book Market Service Ltd., member of OmniScriptum Publishing Group.2018. С. 21, 55, 120.

8. Asanbek T. Toktomushev1*, Umetaly K. Saykov2, Bolotbek M. Ibraev1, Suyutbek M. Doolotbekov1 and Rakima I. Salikhar 3. Situational diagnosis as one of the aspects of epistemology. The Asian International Journal of Life Sciences. Sup. 21(1): 1-13, 2019

9. Blaho KE, Merigian KS, Winbery SL, et al. Foreign body ingestions in the Emergency Department: case reports and review of treatment. J Emerg Med 1998; 16:21.

10. <https://med.wikireading.ru/9356>

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

UDC 616.314.2–007.26–02: 616.711–007.5] –07: 612.06

Shtepa Vladyslav

*State institution "Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine",
Department of Prosthetic Dentistry,
Dnipro, Ukraine*

RESULTS OF THE STUDY OF THE CORRELATION BETWEEN OCCLUSAL AND POSTURAL BALANCES IN YOUNG PEOPLE

Abstarct. The aim of the present research was to study the correlation between occlusal and postural balances in young people using the methods of computer occlusion diagnostics and computer stabilometry.

Materials and methods. The postural balance was studied using computer stabilometry in individuals aged 25 to 44, selected in two groups (main and comparison), equal in number, age, and gender (30 persons in each group, equally male and female). According the data of clinical trial and computer occlusion diagnostics, the individuals in the comparison group were diagnosed with near-ideal occlusal contacts, and among the patients of the main group, the occlusion imbalance was revealed. In the patients of the main group, computer stabilometry was performed twice – before and after occlusal correction using occlusal splints.

Results. It was found that the persons of the main group had worse indices of body stability in space ($p < 0.05$). Between indices of occlusal balance and results of the stabilometric study, it was established a direct, average in strength, correlation ($r = 0.41$, $p < 0.05$). The correlation index was more significant in the main group ($r = 0.48$, $p < 0.05$), than in the comparison group ($r = 0.34$, $p < 0.05$). The use of occlusal splints improved the postural balance in patients in the main group ($p > 0.05$). So, there was a trend towards a decrease in the values of all indices of computer stabilometry. However, a one-time occlusal correction did not allow the results to be approximated by values in the comparison group ($p > 0.05$).

Conclusions. The obtained data make it possible to recommend the study of postural reflex, in particular the use of computer stabilometry, for planning and evaluation of the effectiveness of the rehabilitation of patients after prosthetic treatment of defects and deformities of dentitions.

Keywords: occlusion, posture, occlusal diagnostics, computer stabilometry.

Background. The key to effective prosthetic dental treatment is the restoration of functional occlusion [1]. Unfortunately, the introduction of modern technologies for the production of dentures does not guarantee building occlusion, consistent with the activities of both masticatory and musculoskeletal systems. First of all, it requires dentist's knowledge and skills in gnathology,

which is closely related to posturology [2]. Now, it is argued, that postural disorders may impede the complete adaptation of patients to prosthetic treatment of dentitions and, on the contrary, occlusive imbalance can cause postural disorders [3].

From the point of view of modern gnathology, the pathogenetic interrelation of the functional state of the