

Володимир Старіков

НЕВИГАДАНІ МЕДИЧНІ ІСТОРІЇ

Оповідання

Харків «Майдан» 2022

УДК 82-32
С 77

Щиро дякую своїй дружині
докторці медичних наук,
професорці Ходак Ларисі Анатоліївні
за цінні поради і зауваження
під час написання цих оповідань.

Автор

*Художнє оформлення:
В. Носань*

Старіков В. І.

С 77 Невигадані медичні історії: Оповідання /
В. І. Старіков. Х.: Майдан, 2022. 136 с.: іл.
ISBN 978-966-372-865-0.

У книзі наведені правдиві історії, смішні й сумні,
з життя лікарів. Автор, маючи майже піввіковий досвід
роботи в онкохірургії, щиро викладає свої особисті по-
гляди і не претендує на їхню непогрішність. Оповідання
адресовані широкому колу читачів і, зокрема, студен-
там-медикам.

УДК 82-32

«Тільки слабкі духом хвалькуваті базіки і стомлені життям бояться відверто висловитися про помилки, яких вони припустилися. Хто відчуває в собі силу зробити краще, той не відчуває страху перед усвідомленням своєї помилки».

*Австрійський хірург
Теодор Більрот*

Покажіть ваші документи!

Стати хірургом Володя вирішив ще в школі. Маючи добрі оцінки з фізики і математики, спочатку він планував вступати на радіоастрономічний факультет до Харківського університету. Але вплив старшого брата-вчителя виявився значнішим, аніж любов до зірок. Ще з дитинства вони разом з трепетним благоговінням дивилися на хірурга районної лікарні Антона Гавриловича, який був найшанованішою людиною в селищі. Правда, найбільшим обсягом хірургічного втручання, яке він виконував, була апендектомія. Знайомство з хірургом відбулося, коли братові в око потрапило стороннє тіло і хірург, уміло повернувши верхню повіку, майстерно дістав його. Тож після закінчення школи питань щодо вибору професії не було — тільки до медичного.

Екзамен з фізики був успішно складений на відмінно і шістнадцятирічний медаліст Володя став студентом-першокурсником.

Перший рік навчання був дуже важким, оскільки усе було новим: і предмети в інституті, і кімнатка без вікна, яку він винаймав, і навіть міське повітря не таке, як удома в селі.

Перейшовши на другий курс, молодий студент чекав, коли ж нарешті почнеться вивчення медицини? Але досі тільки анатомія мала безпосереднє відношення до неї.

Маючи друзів-студентів, він дізнався від знайомого третьокурсника Васи, що на кафедрі загальної хірургії студентам дозволяють відвідувати вночі ургентні чергування в клініці.

Умовивши товариша взяти і його на чергування, Володя був надзвичайно радий. Нарешті він побачить хворих і справжню операцію на людині.

Після занять він приїхав зі своїм старшим товаришем до хірургічної клініки, де їм дозволили передоднянутися на санпропускнику і пройти до хірургічного відділення. Ставлення персоналу до студентів було доброзичливим. Санітарка-роздавальниця навіть запропонувала їм підкріпитися манною кашею, що залишилася після вечері. Звичайно, від такої пропозиції напівголодні студенти не відмовилися.

Відрекомендувавшись черговому хірургові і спитавши дозволу, вони увійшли до передопераційної. Перше, що відчували, це безліч різних запахів. Переважав запах йоду. Пахло ще якоюсь, раніше не відомою, речовиною. Як з'ясувалося потім, це був ефір. Ним робили наркоз. Через погану вентиляційну систему він потрапляв у повітря операційної. Привертав увагу ще один приємний запах — стерильної білизни, коли відкривали автоклавні бікси.

Проаналізувавши раніше невідомі запахи, майбутні ескулапи увійшли до найпотаємнішого місця клініки — операційної. Там було багато людей в халатах, два хірурги, анестезіолог з анестезисткою, опе-

раційна сестра, а поряд з нею — столик із різними затискачами й іншими, ще не знайомими студентам, інструментами.

На операційному столі лежав хворий, накритий стерильними простирадлами. Добре помітно було тільки його голову, над якою схилився анестезіолог і про щось говорив із хворим.

Боязко підійшовши до операційного столу, студенти поставали на спеціальні підставки і змогли побачити, що серед простирадл є не закрита ділянка шкіри, завбільшки як долоня, у правій клубовій ділянці. Хірург, зробивши місцеву анестезію, обережно розрізав шкіру, розсунув м'язи живота, розітнув очеревину і проник у черевну порожнину. Ні, не руками, через маленький отвір приблизно 3x4 сантиметри можна було хіба що зазирнути в черевну порожнину.

Студенти, затамувавши подих, спостерігали за вправними діями хірурга, геть не розуміючи, як можна щось зробити через такий маленький розріз.

Хірург умілим рухом увів у черевну порожнину тупфер і, трохи посовавши ним, дістав на поверхню апендикс, тоненьке рожеве утворення діаметром до одного сантиметра і завдовжки сантиметрів вісім, яке виходило з кишки синюватого кольору.

Швидко перев'язавши судини, що живлять червоподібний відросток, хірург перев'язав і сам відросток біля основи, відсік його й видалив. Усе відбулося дуже швидко. За весь час хворий тільки кілька разів застогнав, коли витягали апендикс і коли зашивали рану.

Враження від побаченого було таким сильним, що здавалося, ніби студенти самі були учасниками цієї операції і пережили всі її етапи.

Хірург, що увесь час, поки тривала операція, мовчав, нарешті, звернувся до юнаків:

— Що, хлопці, погано вам? Ви ж, певно, вперше в операційній?

Можливо, він помітив надзвичайну блідість обличчя Володиного друга Василя, аж до мертвотного зеленуватого відтінку. Так буває, коли людина непритомніє. Але хлопець вдав, що нічого не сталося, і слабким голосом відповів:

— Ні, ні... все гаразд.

Подивившись кілька операцій, друзі почали шукати місце, де б прилягти поспати. Василь приліг у гнійній перев'язувальній на столі, а Володя — на кушетці за ширмою на санпропускнику. Сон у друзів був неспокійний, оскільки світло не вимикалося і періодично «Швидка допомога» привозила все нових хворих.

Відчергувавши ніч, друзі зранку, добряче втомлені, але щасливі від побаченого, і навіть трохи горді своїм «чергуванням» у клініці, поспішили на заняття.

Такі відвідини операцій тривали близько пів року. До студентів звик персонал хірургічного відділення і санпропускника. Їх навіть називали на ім'я — Володя і Вася.

І ось одного разу, прийшовши увечері на чергування, замість звичайного привітання медсестра санпропускника холодно глянула на студентів і строгим офіційним голосом попросила показати студентські квитки. Друзі сторопіли від несподіванки, і Василь весело відповів:

— Наталіє Петрівно, ви ж нас знаєте!

— Покажіть ваші документи! — твердо повторила медсестра, — Це розпорядження головного лікаря.

Довелося дістати студентські квитки з фотографіями і зазначенням інституту, в якому вчилися друзі. Подивившись документи, порівнявши обличчя студентів з фотографіями і ще раз окинувши поглядом хлопців, жінка мовила:

— Ну гаразд, проходите у відділення.

Друзям було невтямки, що могло статися з медперсоналом лікарні і чому до них раптом проявлено таку пильність.

Лікарі у відділенні чомусь теж недовіриливо поглядали на них, щоправда, документів не вимагали.

Світло на дивну подію пролив один старшокурсник, який працював у нічний час черговим фельдшером у травматологічному відділенні. Він під великим секретом розповів цікаву історію.

Днів десять тому до головного лікаря прийшов молодий лікар, назвався гінекологом, направленим з гінекологічного стаціонару проводити профілактичний огляд жінкам-працівницям заводу «Серп і молот». А що лікарня розташовувалася територіально поряд із заводом, то за розпорядженням райздораввідділу профогляди співробітників цього заводу проводили саме в цій клініці ось уже кілька років поспіль. Лікарів-гінекологів направляли з різних стаціонарів для проведення профогляду. Вислухавши молодого гінеколога, головний лікар подзвонив до оглядового кабінету і наказав виділити медсестру й забезпечити проведення профогляду, а також зателефонував у медпункт заводу, щоб звідти відзавтра направляли жінок.

Лікар-гінеколог почав приймати жінок, уважно проводячи дослідження жіночих органів руками

і навіть оглядав деяких у дзеркалах. Це спеціальні гачки для огляду шийки матки.

Лікар диктував медсестрі, а та записувала усе до медичних карток жінок, яких оглядали. У переважній більшості жінки були молодого віку без особливих захворювань. Іноді лікар, про щось роздумуючи, оглядав деяких з них аж надто довго, при цьому значущо вимовляючи фразу: «Здається, тут ерозія шийки матки, так і запишіть у картку». Інших діагнозів він чомусь не ставив. Як здалося медсестрі, був дуже ввічливий і уважний до жінок. Та й пацієнтки, які проходили профогляд уже вкотре, звернули увагу на те, що цього разу гінеколог був особливо ввічливим і уважним. На день профогляд проходило до 30 жінок. Зазвичай профогляди тривали три тижні. Відпрацювавши тиждень, гінеколог перед вихідними попрощався з медсестрою оглядового кабінету і попередив, що буде в понеділок годині о дев'ятій.

Пройшли вихідні. Вранці в понеділок до головного лікаря лікарні увійшов чоловік і відрекомендувався:

— Лікар-гінеколог третього пологового будинку Павло Миколайович Крюков, прибув для проведення профогляду жінок заводу «Серп і молот».

Головний лікар здивовано підвів очі на прибулого і спитав:

— А навіщо одразу два гінекологи? У нас же один оглядовий кабінет і там з минулого понеділка вже приймає лікар.

— А звідки він узявся і як його прізвище? — запитав новий гінеколог.

Головний лікар на хвилюку замислився, щось було незрозуміле в усьому цьому.

— Зараз зателефонуємо до оглядового кабінету і запитаємо у першого гінеколога, звідки він, — трохи повеселівши, сказав головний лікар. І попросив медсестру оглядового кабінету покликати лікаря до телефону, але та відповіла, що його досі немає, а в коридорі зібралось повно жінок.

Нічого не підозрюючи, головний лікар набрав номер райздороввідділу. Слухавку зняла заступниця завідувача. На питання, коли і кого направили на проведення профогляду жінок заводу «Серп і молот», вона відповіла, що від сьогодні направлено гінеколога третього пологового будинку Павла Миколайовича Крюкова. Головного лікаря від цієї інформації кинуло в піт.

— Скажіть, а минулого понеділка звідки був гінеколог? — спитав він.

Зі слухавки почулося невдоволене: «Ось цього ми не знаємо, самі розбирайтеся».

Загалом вимальовувалася картина вельми неприємна. Головний лікар ще раз подзвонив до оглядового кабінету і поцікавився, чи не прийшов гінеколог. А що того й досі не було на місці, він розпорядився принести амбулаторні картки оглянутих раніше жінок. У картках траплялися тільки два види записів «здорова» або «ерозія шийки матки». Підпис не надто розбірливий, та все ж можна було розібрати початок прізвища і закінчення, щось схоже на Тягнієнко чи Тараненко.

Головний лікар, не вводячи районного гінеколога в курс справи, поцікавився, чи не знає він, де працює гінеколог Тягнієнко чи Тараненко, але дістав заперечну відповідь. Лікаря з таким прізвищем не існувало.

Про цю історію відразу стало відомо співробітникам клініки. Головний лікар був глибоко вражений

тим, що сталося в його клініці, і боявся, щоб вище керівництво не дізналося про цю неприємну подію. Але ще більше він не хотів, щоб про це дізналися жінки, яких протягом цілого тижня оглядав «гінеколог»-самозванець, можливо, маніяк. Щоб подібне не повторилося, головний лікар провів нараду із завідувачами відділень, де наказав бути пильними до всіх нових людей, що приходять до клініки, у тому числі й студентів.

Дізнавшись про цю історію, майбутні медики Володя і Василь від душі посміялися, кинувши чимало компліментів на адресу сміливого і допитливого «гінеколога». Щоправда, відтоді вони, йдучи на нічне чергування до хірургічної клініки, завжди мали при собі студентські квитки.

Р. С. Як з'ясувалося пізніше, у медсестри оглядового кабінету один епізод усе-таки викликав підозру щодо «лікаря-гінеколога». Коли вона, на його прохання, подала медичні рукавички, він здивовано поглянув на них і сказав:

— А чому ви дали мені дві лівих?

Це вельми здивувало медсестру, адже будь-який медик, навіть студент першого курсу, знає, що медичні рукавички можна вивернути і тоді ліва стане правою. Але тоді цей епізод не було розголошено, і лише пізніше він пригадався медсестрі, коли почали з'ясувати особу дивного «гінеколога».

Дві Ольги

Події перших місяців роботи лікарем особливо яскраво постають у пам'яті протягом усієї практичної діяльності. Та це й зрозуміло, адже молодий лікар після студентської лави починає самостійно працювати. Без жартів. Над тобою строгий керівник, завідувач хірургічного відділення, який має стаж роботи понад двадцять років, лікарі відділення різного віку. У них великий досвід, а ти, вчорашній студент, хай навіть відмінник, але геть не орієнтуєшся в численних онкологічних захворюваннях, методах їх діагностики, не кажучи вже про тонкощі лікування.

Молодому лікареві Володимирі Петровичу з перших днів одразу доручили вести двох складних пацієнтів. Обох звали Ольгами. Вони вже пробули в стаціонарі понад місяць. Кожна мала свою передісторію, та ріднила їх однакова біда — рак прямої кишки. Перша хвора, Оля Кальченко, зовсім молода, їй було всього вісімнадцять років. Здавалося б, такий юний вік, але саме це й відіграло свою фатальну роль.

У Олі з'явилися часті позиви до випорожнення, почалися проноси і, звичайно, їй в інфекційному відділенні районної лікарні поставили діагноз — дизентерія. Призначили лікування. Мама дівчини працювала офіціанткою у вагоні-ресторані й часто пригощала

лікарку делікатесами. Лікарка своєю чергою уважно ставилася до її дочки. Спочатку лікування йшло непогано, проноси стали не такими частими, болі стихли. Дівчина йшла на поправку.

Але минув якийсь час, і хвороба повернулася новим проявом. У калі почала з'являтися кров, що було розцінено як ознака хронічної дизентерії. Проводилися повторні курси лікування. Нікому не спадало на думку, що діагноз від початку міг бути помилковим!

Хвору оглянув хірург і поставив діагноз — геморої. Так, саме тільки оглянув, а не провів необхідне при цьому захворюванні пальцьове дослідження прямої кишки. Але ж це загальновідома істина! Було призначено свічки для введення в задній прохід і ванни з травами. У хворої з'явилася надія на одужання. Проте, після лікування протягом місяця стан хворої не поліпшився. Зберігалися ті самі скарги. Після трьох місяців безуспішного лікування лікарі районної лікарні вирішили проконсультувати хвору в Сумській обласній інфекційній лікарні.

Лікарка поліклініки тамтешньої лікарні, вивчивши виписку хворої, направила пацієнтку на консультацію до головного лікаря-інфекціоніста. У Сумах ім'я професора Зиновія Йосиповича Красовицького було відоме багатьом лікарям і мешканцям міста. Зиновій Йосипович пройшов усю Другу світову фельдшером. Особисто він із поля бою 178 поранених солдатів. Сам мав чотири поранення. Наприкінці війни був важко поранений у стегно, внаслідок чого переніс високу ампутацію правої ноги, ходив, спираючись на милицю. Людина вольова, колишній військовий фельдшер закінчив Харківський медичний інститут з відзнакою, опанувавши

фах лікаря-інфекціоніста. Працюючи в Сумах, написав і успішно захистив кандидатську, а потім і докторську дисертації. Як висококваліфікований фахівець мав надзвичайно великий авторитет і, що дуже важливо, переконав керівництво міста у необхідності побудувати нову інфекційну лікарню, яка нині носить його ім'я.

У день консультації лікарка поліклініки доповіла професорові історію Олиної хвороби. Оглянувши хвору, він запитав, чи проводилася пацієнці в районній лікарні ректоскопія (огляд прямої кишки ректоскопом)? Лікарка повідомила, що це дослідження не проводилося. Професор, хвилинку подумавши, сказав медсестрі, яка стояла поряд:

— Дайте-но мені рукавички для пальцевого дослідження прямої кишки.

Уклавши хвору на лівий бік, він почав обережно пальцем досліджувати пряму кишку. Раптом його обличчя набуло дуже серйозного, навіть суворого вигляду. Навколишній персонал з напругою чекав результату огляду. У цей час професор уважно пальпував щільну, горбисту поганозміщену пухлину трохи вище сфінктера (замикального м'яза). До верхнього краю пухлини професор дістати не міг. Коли витяг палець з кишки, усі побачили на рукавичці кров.

Діагноз був зрозумілий — пухлина прямої кишки. Через помилковий попередній діагноз втрачено було цілих три місяці лікування. Це сталося з кількох причин, перша: в оману діагностів, очевидно, увів молодий вік хворої, що нібито не давав підстав підозрювати серйозну недугу, друга — безпечність лікаря-хірурга, який, проігнорувавши пальцеве дослідження прямої кишки, помилково встановив діагноз «геморой».

І, нарешті, після безуспішного лікування «дизентерії» й «гемороєю», не було проведено ректоскопію. Безумовно, за цей час пухлина виросла, що, можливо, і вплинуло на несприятливий результат лікування.

Не зволікаючи, професор Красовицький зателефонував до онкологічного диспансеру. Пояснивши ситуацію, він попросив шпиталізувати дівчину.

Саме тоді до онкологічного диспансеру потрапила ще одна хвора — Ольга Михайлівна, яка мала 56 років і схожий діагноз.

Обох їх чекала операція на прямій кишці. У той час майже всім хворим пряму кишку з пухлиною видаляли, а кишку виводили у бік на черевну стінку. Цей штучно створюваний хірургом вихідний отвір прямої кишки має назву колостома, кал із неї може виходити самостійно у будь-який час. Годі й казати, що людина з колостомою не лише довічно відчуває дискомфорт, вона стає інвалідом.

Отже, саме таку операцію мали зробити обом нашим Ольгам. Але уявіть собі — стати інвалідом у вісімнадцять років! Олі хотілося жити, як і всім її одноліткам, зустріти коханого, вийти заміж, мати дітей. А тут усі плани руйнувалися. Друга хвора, хоча й старша, теж трагічно ставилася до майбутньої операції.

Тоді тільки починали, по суті вчилися, виконувати операції на прямій кишці зі збереженням заднього проходу. Тільки вчилися, отже, було чимало невдач, бракувало досвіду. Завідувач хірургічного відділення Микола Якович Усик багато читав, виконував ці операції на трупах, їздив на стажування до Київського інституту онкології. Він погодився зробити цим пацієнткам операції зі збереженням анусу. Звичайно, вони

були попереджені й про можливий несприятливий результат хірургічного втручання.

Настав той день, коли обом Ольгам було проведено схожі операції. В обох випадках вдалося видалити пухлину прямої кишки, зберігши при цьому анус. Усі з хвилюванням спостерігали в перші дні, як поведе себе виведена кишка. Якщо вона приживеться, то хворі будуть випорожняться природно, якщо ні — їх чекає важке ускладнення. Протягом трьох днів кишка здавалася рожевою, але на четвертий вона потемніла і якимось стиснулася. Це був некроз. Стало зрозуміло, що у хворих таки розвивається важке ускладнення, що й сталося згодом. Кишка некротизувалася (омертвіла) і кал пішов повз задній прохід через рани на промежину. Хворих перев'язував сам завідувач, щодня. Але свищі тільки збільшувалися. Саме в цей час і з'явився в хірургічному відділенні молодий лікар Володимир Петрович, якому й доручили ведення цих хворих. Хоч і не мав досвіду лікування гнійних ран, він з великим оптимізмом і наполегливістю взявся лікувати цих важких хворих. Щодня разом з досвідченою перев'язувальною медсестрою промивав свищі на промежині, тампонував їх мазевими турундами.

За порадою Володимир Петрович звертався частіше до своїх молодих колег, які вже працювали в диспансері два-три роки. Особливо серед них виділявся дуже обізнаний і привітний лікар Володимир Юрійович Сельчук, який охоче ділився своїми знаннями і досвідом. Цей лікар був усебічно розвинений: багато читав, знав англійську мову, грав на піаніно. Він готувався до вступу в аспірантуру. Через багато років став відомим ученим-онкологом, професором, завідувачем кафедри онкології.

Колеги-лікарі старшого покоління, навпаки, своїми знаннями і досвідом ділилися неохоче. Після студентської лави Володимир Петровичу це здавалося навіть трохи дивним. Адже на кафедрах медичного інституту студентам охоче пояснювали всі тонкощі лікування хворих.

Персонал відділення знав про історії двох Ольг і дуже співчутливо ставився до них. Усіх не покидала надія на те, що вони незабаром одужають.

Іноді здавалося, що рани скоро заживуть, але хвороба робила свою справу. Хворі поступово виснажувалися і морально, і фізично. У них розвинулася анемія. Рани були запалені й дуже болючі, що завдавало страждань під час перев'язки. Лікування тривало вже понад чотири місяці.

Стало очевидним, що повторної операції не уникнути. Хочеш не хочеш, а треба виводити товсту кишку вбік і формувати протиприродний анус для того, щоб убезпечити рани промежини від потрапляння на них калу.

Обом хворим було запропоновано таку операцію. Старша Ольга, подумавши і порадившись із чоловіком, погодилася, а Оля-молодша категорично відмовилася від повторної операції, прирікаючи себе на повільне вмирання.

За місяць після повторної операції Ольгу-старшу виписали додому, хоча і з колостоמוю. А ось молоденьку Ольгу спіткала погана доля. Залишаючись у відділенні, вона мужньо переносила болючі перев'язки. Але сили поволі покидали її змучене тіло. Від тривалого лежання розвинулася пневмонія.

Настала весна. На вулиці розпогодилося, потепліло. Але ніщо вже не тішило хвору. Потьмянілим поглядом вона тужливо спостерігала у вікно блакить

весняного неба і молоду зелень дерев. Боляче було дивитися на маму дівчини, яка майже щодня, протягом усіх цих чотирьох місяців, відвідувала дочку. В її погляді відбивалися невимовне горе, туга і безвихідь. Вона бачила, як поступово згасає її донечка, і відчувала свою безпорадність. Для батьків, мабуть, найбільше горе — пережити своїх дітей.

Якось у неділю, прийшовши на чергування по лікарні, Володимир Петрович дізнався: вночі померла Оля, його хвора.

Це був сонячний травневий день, природа навколо пахла і буяла, і не хотілося вірити, що обірвалося молоде, квітуче життя, яке тільки-но почалося.

Молодого лікаря мучило питання — чому в період розвиненої цивілізації, коли люди змогли досягнути будову атома, освоюють космос, не вдалося врятувати життя людини? Хто винен у цьому? Звісно, можна відповісти просто: важкий випадок для діагностики, що призвів до тривалого неправильного лікування. Можливо, ще не досконала техніка операцій у випадках раку прямої кишки.

Пережите глибоко запало в душу Володимира Петровича, і тому, коли після вступу в аспірантуру поставало питання про вибір теми дисертації, він не роздумуючи вибрав тему хірургічного лікування раку прямої кишки. Дисертацію було успішно захищено, і, можливо, вона допомогла врятувати життя багатьом хворим, запобігши важким післяопераційним ускладненням.

По десятих роках, навідавши знову Сумський онкологічний диспансер, від колег він дізнався, що його колишня пацієнтка — старша Ольга — жива і єдиною її скаргою залишається колостома.

Однофрамільці

Володимир Петрович, молодий лікар, проводив обхід у чоловічій палаті, де лежали хворі з різними пухлинами: шлунка, товстого кишківника, нижньої губи тощо. Серед них був хворий на прізвище Забара, якому встановили діагноз — рак сечового міхура. Лежав він в абдомінальному відділенні і був непрофільним. Його чекала операція — резекція сечового міхура.

Володимир Петрович оглянув хворого, перевірив наявні аналізи і зробив призначення щодо передопераційної підготовки. Важливі всі аналізи, але особливу увагу хірурги звертають на групу крові і здатність її згортатися, оскільки це важливо знати для майбутньої операції. Якщо здатність згортатися крові погана, то під час операції або після неї може статися кровотеча. Трапляються хворі з гемофілією, захворюванням, при якому у чоловіків кров взагалі не згортається, тому навіть видалення зуба може ускладнитися важкою кровотечею. Але такі люди про це, зазвичай, знають з дитинства.

Групу крові необхідно знати для того, щоб у разі потреби можна було зробити переливання крові. Хірурги також звертають увагу на те, яка саме група крові у хворого, всього їх чотири. Найчастіше зустрічається друга група крові — проблем з донорами немає. А ось третя і четверта групи рідкісні і не завжди можна

швидко знайти донора з такою групою. На станції переливання крові кількість запасу такої крові, як правило, обмежена. У нашого хворого Забари виявилася друга група, потреби переливання крові перед операцією у нього не було. У цій палаті також лежали хворі, яких вели інші лікарі.

Володимир Петрович уже зібрався був іти до ординаторської, але згадав, що мусить розповісти хворому Забарі, як той має підготуватися до застрашньої операції, і повернувся. Коло дверей палати він зіткнувся з маніпуляційною медсестрою Марією Іванівною, яка несла в правій руці крапельницю з флаконом еритроцитарної маси. Пропустивши медсестру наперед, Володимир Петрович увійшов слідом за нею до палати.

Медсестра впевнено рушила до ліжка, на якому сидів хворий Забара.

— Лягайте і звільніть праву руку, засукайте рукав вище ліктя, — звеліла вона.

Хворий, підкоряючись медсестрі, закотив рукав сорочки і ліг на ліжку, готовий до процедури. У цей час Володимир Петрович і собі підійшов до ліжка хворого, запитав:

— Маріє Іванівно, а хто призначив переливання крові моему хворому, коли я не давав такого розпорядження?

— Як хто? — здивувалася Марія Іванівна. — Микола Іванович, адже у хворого анемія, у нього ж кривавить пухлина шлунка.

Настала пауза. Молодий лікар зрозумів, що сталася якась помилка.

— І яку групу крові ви зібралися переливати? — спитав він.

— Третю, ось дивіться — на флаконі написано: третя резус позитивна.

У Володимира Петровича промайнула тривожна думка. У його хворого не було раку шлунка, сам він не призначав переливання, до того ж група крові у хворого була друга. Його колега Микола Іванович вів кількох інших хворих у цій самій палаті.

Володимир Петрович попросив медсестру принести листки призначень усіх хворих цієї палати, у тому числі й хворого Забара. Медсестра невдоволено поставила крапельницю з ампулою крові й пішла. Незабаром повернулася і простягла лікареві листок призначень.

— Ось, читайте! — голосно сказала.

Справді, там було прізвище Забара М. П. Окрім інших призначень зазначалося: гемотрансфузія 250 мл еритроцитарної маси, підпис — лікар Смирнов М. І.

Володимир Петрович почав здогадуватися, що сталася якась помилка. Він почав уважно переглядати інші листки призначень і раптом на останньому побачив знову вже знайоме прізвище Забара — тільки з іншими ініціалами, не М. П., а А. Н. В одну мить усе стало зрозуміло. Отже, у палаті — двоє хворих з однаковим прізвищем.

— Скажіть, а хто ще в цій палаті Забара? — голосно спитав Володимир Петрович.

— Я Забара, — почувся з дальнього кута палати слабкий голос. Там лежав блідий, виснажений хворий, який, здається, щойно прокинувся. Маніпуляційна сестра насторожилася і спитала вже не таким рішучим голосом:

— А як ваше ім'я й по батькові?

— Микола Павлович,— відповів той невдоволено.

Отож, у палаті виявилися два пацієнти з однаковими прізвищами, два Забари. Для одного з них ця однаковість могла скінчитися трагічно, адже переливання іншої групи крові, навіть невеликої кількості, несе в собі смертельну небезпеку.

Як таке могло статися? Приголомшений цим випадком, Володимир Петрович провів власне розслідування. Виявилося, що всіх формальностей було дотримано. Перед переливанням крові, як відомо, у флаконі з кров'ю повторно визначається група крові. Наступний крок — визначення індивідуальної сумісності крові донора з кров'ю хворого. Для цього в чашці Петрі в краплину крові донора додають кров хворого, на якого чекає переливання. Якщо вони не сумісні, настає аглютинація, з'являються крупинки зі злиплих еритроцитів.

Марія Іванівна, досвідчена маніпуляційна медсестра, яка виконала багато сотень переливань крові, була здивована. Як таке могло статися? Усі реакції, проведені перед переливанням крові, вказували на повну сумісність і за групою, і за резус-фактором. Володимир Петрович вияснив, що Марія Іванівна, у якої насправді величезне навантаження: від 15 до 20 крапельниць на день, з них п'ять-шість переливань крові, попросила медсестричку на посту допомогти їй. Вона послала медсестру до восьмої палати, щоб та взяла кров для дослідження у хворого Забари. Постова медсестра виконала прохання маніпуляційної і взяла її у хворого Забари М. П. У того, кому й було призначено переливання. Єдине — Марія Іванівна не бачила, у кого саме брали кров, тож, прийшовши до палати,

зібралася прокапати кров іншому Забарі, трохи не пропустившись фатальної помилки. Тільки випадок врятував хворого від важких, а можливо, й смертельних ускладнень.

А в усьому винне було порушення правила переливання крові, адже це також операція, і здійснюватися вона має під керівництвом лікаря. Так, це пересадка біологічної тканини, дуже відповідальна операція, що може обернутися важкими ускладненнями у разі порушення давно вироблених у медицині правил.

Р. С. Обидва хворі, Забара М. П. і Забара А. Н., були успішно прооперовані, перший — з приводу раку шлунка, другий — з приводу раку сечового міхура. Обоє виписані з одужанням. Хворі так і не дізналися про те, що однаковість їхніх прізвищ могла мати фатальні наслідки, яких вдалося уникнути завдяки випадковості й пильності молодого лікаря.

Порушив традицію

Людина часто дотримується народних традицій, боячись їх порушити, щоб не сталося нічого лихого. Традиції іноді не мають логічного пояснення, швидше це явища, що ґрунтуються на суб'єктивних уявленнях людини і випадкових подіях. Як-от пасажир, сідаючи в потяг, першим у вагон пропускають чоловіка. Одна з традицій, яка існує у хірургів, це необхідність відзначати вперше зроблену операцію. Авжеж, це значна подія в житті кожного хірурга: проведення тієї чи іншої операції вперше. Навіть багаторазово асистуючи, наприклад, на апендектомії чи грижосіченні знаючи всі дрібні деталі операції, хірург, який уперше самостійно робить її, може розгубитися. Занадто висока емоційна напруга. Описують випадки, коли навіть досвідчені льотчики від сильного хвилювання раптом забувають, можливо на мить, як керувати літаком.

Іноді хірург готується багато років, щоб зробити самостійно операцію на легенях, стравоході чи на серці. Цю подію в житті кожного хірурга, за традицією, відзначають з колегами. Але тільки за однієї умови — після того, як хворий одужає й виписеться з лікарні. Наша розповідь — про цю багаторічну традицію в хірургії.

Віктор Порфірович, пропрацювавши з десятків років після закінчення інституту, дозрів для виконання

великої і складної операції з приводу раку шлунка (ре-зекції шлунка). Це видалення майже всього шлунка з пухлиною і накладення анастомозу між його частиною, що залишається, і частиною тонкої кишки.

Напередодні операції хірург ще раз подивився в атласі анатомії людини розташування нервів і судин шлунка, його взаємозв'язок із селезінкою, товстою кишкою та печінкою. Ще раніше Віктор Порфірович не раз був присутнім на розтині померлих хворих і бачив існуючі варіанти розташування внутрішніх органів. Він неодноразово оглядав пацієнта, якого чекала операція на шлунку з приводу раку, вивчав його дані обстеження та аналізи.

У день операції Віктор Порфірович був зовні спокійний, але внутрішньо, певна річ, хвилювався, неодноразово подумки переглядав основні етапи майбутньої операції і можливі ускладнення. Колеги, які й самі не так давно почали виконувати великі операції, підтримували його морально.

І ось він робить розріз черевної стінки, проводить ревізію органів черевної порожнини щодо метастазів і оглядає шлунок з пухлиною. Випадок виявився операбельним. Почалося виділення шлунка. Хвилювання дещо зменшилося, адже поруч був молодий, та вже досвідчений хірург Володимир Петрович, який асистував і будь-якої миті міг прийти на допомогу.

Операція йшла спокійно, хоча й трохи повільно. Було виділено і видалено більшу частину шлунка з пухлиною і великим сальником. Далі наставав час найвідповідальнішого етапу операції: відновлення прохідності, тобто накладення співустя (анастомозу) між залишеною частиною шлунка і порожнистою

кишкою. Хірурги завжди побоюються неспроможності швів анастомозу, тобто негерметичності шва. Якщо буде просочування рідини через шви, настане наступне важке ускладнення — запалення очеревини (перитоніт). Результат цього ускладнення часто поганий. Про все це хірург знав, тож цей етап операції виконував особливо ретельно. Наступний — ушивання рани черевної стінки — не був надто складним для нашого хірурга. Але в хірургії немає дрібничок, будь-який недогляд може вилитися у важке ускладнення.

Операцію закінчено, на рану накладено пов'язку. Все пройшло добре, щоправда, трохи довше, ніж звичайно, але ж це перша в житті хірурга самостійна операція на шлунку. Така операція запам'ятовується назавжди і в найдрібніших деталях.

Окрилений успіхом Віктор Порфірович, відчуваючи глибоку вдячність до всіх учасників операції, хотів зараз же зробити їм щось приємне. Він вирішив відзначити свою перемогу, запросивши учасників операції до кімнати чергового лікаря, де вже був накритий невеликий стіл з акуратно нарізаними скибочками вареної ковбаси і сиру. А в центрі красувалася пляшка коньяку.

Лікарі були в піднесеному настрої, бажали винуватцеві урочистості нових успіхів у черевній хірургії і вдалого виконання ще більшої за обсягом операції, такої як гастректомія (видалення шлунка). Віктор Порфірович, зворушений такою високою оцінкою його хірургічних здібностей, дякував колегам за допомогу в операції і у відповідь бажав їм доброго здоров'я.

Лише один з присутніх за столом не надто веселився і якимось мляво поділяв радість своїх колег. Це був

літній хірург-онколог Анатолій Дмитрович, який багато побачив за своє лікарське життя і говорив рідко, але завжди влучно. На питання когось із присутніх, чим він спантеличений, відповів:

— Не можна порушувати традицію.

— Яке ж це порушення! — відказав лікар-анестезіолог. — За сім днів хворий одужає і виписеться додому.

Через кілька хвилин після цього діалогу до кімнати чергового лікаря, де тривало святкування, забігла медсестра з реанімації, куди хворого перевели після операції. По її обличчю було видно: з хворим щось сталося.

— Вікторе Порфіровичу! Терміново підійдіть до вашого хворого, у нього, напевно, кровотеча.

Добродушну атмосферу було порушено. Хірурги швидко пішли до реанімації. Хворий уже прокинувся і спокійно лежав у ліжку. Впадала у вічі лише неприродна блідість шкіри на його обличчі і руках.

Швидко знявши з хворого простирadlo, Віктор Порфірович з подивом побачив, що пов'язка на рані рясно просякла кров'ю, яка тонкою цівкою стікала по животу на ліжку. Діагноз був зрозумілий — зовнішня кровотеча з рани. Зняли пов'язку, після чого побачили, що кров просочується крізь шви. Вихід один — потрібно негайно розпустити шви і перев'язати кровоточиву судину. Хворого поклали на каталку і знову повезли до операційної. Під час ревізії рани виявилось, що кровоточила маленька судина. Мабуть, після операції з неї вийшов тромб, вона і закривавила. Рану осушили, вшили повторно. Усе зробили швидко, але настрої у хірургів був зіпсований, і вони незабаром розійшлися по домівках з думкою про те, що мав-таки рацію старий хірург.

Минув тиждень. Хворий швидко ішов на поправку. Він уже їв протерту їжу, ходив по палаті, правда, обережно, уникаючи різких рухів. Епізод з кровотечею на цьому тлі сприймався як прикра дрібниця. Віктор Порфірович був задоволений тим, як проходить післяопераційний період, і вирішив виписати хворого на восьмий день після операції.

Ось і день виписування. Для будь-якого хворого це радісний день, адже скоро він буде вдома, в колі близьких людей, в окремій кімнаті, де немає шістьох сусідів, як у лікарняній палаті. Та й, звісно, вдома спокійніше, ніхто не хропе, не вмикає серед ночі світло, щоб зробити уколи хворим, зранку не гримлять відрами санітарки, миючи підлогу в коридорі.

Виписку і лікарняний лист лікар підготував ще зранку. Залишилося тільки зробити перев'язку рани і зняти кілька останніх швів. Для будь-якого хірурга день, коли виписується післяопераційний хворий, завжди приємний, адже це — свідчення хорошої якості його роботи, тим паче, якщо це хворий після великої операції, яку хірург виконав уперше.

Хворий виписувався, і цього разу Віктор Порфірович уже сміливо вирішив відзначити з колегами свою першу операцію. Усівшись дружно навколо столу, хірурги наповнили келишки коньяком, а ті, хто залишалися на нічне чергування, налили собі мінеральної води. Завідувач відділення проголосив короткий тост, відмітивши позитивні якості Віктора Порфіровича, особливо підкресливши, що у того «золоті руки» і що він може з часом багато чого досягти. Завідувач пішов, а в лікарів після чергових тостів розв'язалися, як кажуть, язики: почалися оповідки про свої клінічні

випадки. За столом панував добрий настрій, лише старий хірург був, як і раніше, зосереджений і задумливий. У цю мить у двері постукала перев'язувальна медсестра і попросила Віктора Порфіровича вийти — обличчя в неї було перелякане.

— Вікторе Порфіровичу, у хворого через кілька хвилин після зняття швів з рани пов'язка просякла кров'ю, — повідомила вона.

Швидко пройшовши до перев'язувальної, він побачив хворого, який лежав на столі з кривавою пов'язкою на рані. Знявши пов'язку, лікар оторопіло застиг. У центрі рани, де її краї розійшлися, блищала тонка кишка. «Треба ж такому трапитися, це — евентерація (вихід кишки через рану)», — з жахом подумав він. Яка невдача, адже все було так добре, і хворий сьогодні вже був готовий виписатися додому.

Зайшовши до кімнати, де сиділи його вже розігріті коньяком колеги, він очима відшукав старого хірурга і майже з докором поглянув на нього, неначе той був у всьому винен. На запитливий погляд колег стомлено мовив:

— Евентерація.

Це означало, що на хворого знову чекає наркоз і третя операція: з ушивання рани черевної стінки.

Усі співчутливо дивилися на Віктора Порфіровича, дехто почав заспокоювати його: нічого, таке, мовляв, може статися у кожного, не хвилюйся.

Було зрозуміло, що цей епізод надовго затьмарить спогад про першу вдалу операцію на шлунку. Взявши з собою асистента, Віктор Порфірович пішов до операційної. Ще через тиждень хворого виписали додому вже без ускладнень.

Усі посвячені в цю історію ще раз переконалися в тому, що варто дотримуватися традиції — поки хворий залишається в лікарні, святкувати перемогу зарано.

Через багато років Віктор Порфирович, навіть ставши за цей час уже досвідченим хірургом, жодного разу більше не порушив відому традицію і не радив цього робити молодим хірургам.

Оптимістичний прогноз

Закінчився тривалий, важкий операційний день. Важкий тому, що Володимир Петрович виконав дуже складну операцію на стравоході.

Стравохід хоч і є примітивним анатомічним утворенням (м'язова трубка, по якій їжа з порожнини рота потрапляє до шлунка), але пухлина стравоходу вважається однією з найскладніших для хірургічного лікування. Це пов'язано з місцем розташування стравоходу. Природа помістила його в грудній порожнині дуже глибоко, заховавши за легенею і серцем. Окрім цього, поруч проходить аорта, від якої він отримує кров, і порожниста вена. Тому дуже довго хірурги не знали, як краще підібратися до стравоходу. Операція складна ще й тим, що треба не лише видалити стравохід з пухлиною, а й перемістити замість нього з черевної порожнини шлунок, замістивши таким чином дефект. Триває ця операція шість-вісім годин і вимагає від хірурга не лише ґрунтовних знань анатомії та хірургічних навичок, а й великої фізичної витривалості.

На жаль, протягом багатьох років ця операція закінчувалася смертю хворих, що було пов'язано з великою кількістю ускладнень, які виникали після операції.

Операцію завершено, можна трохи й перепочити. Володимир Петрович оглянув хворого ще раз у ре-

німації, переконався в тому, що численні трубки, які виходили з грудної порожнини, живота і сечового міхура хворого, під'єднано правильно. Хворий уже дихав самостійно, тож інтубаційну трубку з трахеї було витягнуто. Все йшло за планом.

Давши вказівки медсестрам, Володимир Петрович, добряче втомлений, але в доброму настрої, поїхав додому. Розташувавшись на кухні, щоб повечеряти, він раптом почув із сусідньої кімнати голос старшої доньки: вона побачила біля під'їзду машину швидкої допомоги. У Володимира Петровича не було сумнівів у тому, що це приїхали по нього. На той час дотовий телефон був рідкістю. У багатоповерховому будинку, де мешкав хірург, їх було всього два і, як це часто буває, у «потрібних людей»: у директора овочевої бази й директора гастроному. Володимир Петрович, на той час завідувач хірургічного відділення, на своє обґрунтоване прохання встановити йому домашній телефон, дістав відмову.

Пролунав дзвінок у двері. На порозі стояла молода фельдшерка і, трохи ніяковіючи, повідомила Володимира Петровича, що їй доручено терміново доправити його в онкологічний диспансер, бо у прооперованого сьогодні хворого почалася кровотеча. Похапцем зібравшись, лікар за кілька хвилин вже був у кареті швидкої допомоги, яка з увімкненою сиреною на великій швидкості помчала його містом.

У голові Володимира Петровича блискавкою проносилися різні етапи його сьогоднішньої операції, і він подумки намагався припустити, де саме може бути джерело кровотечі. Це важливо для розробки правильного алгоритму дій, який уже за кілька

хвилин доведеться застосувати, адже кровотечі іноді не лише хвилин, а й секунд не лишають на порятунок хворого.

Накинувши халат, вже за кілька хвилин лікар був біля ліжка хворого. Від цієї миті драматичні події почали розвиватися з шаленою швидкістю. На ліжку він побачив страшенно блілого хворого. По дренажах з грудної клітки надходила кров, яка у банці вже починала згортатися. Пульс визначався важко, тільки на сонних артеріях. Черговий лікар устиг доповісти про те, що тиск упав годину тому і після внутрішньовенного введення ліків так і не підвищився. За цей час по трубках з плевральної порожнини виділилися півтора літра крові. У цей момент хворий перестав дихати самостійно. Настала зупинка дихання, пульс перестав визначатися, робота серця не прослуховувалася. Зупинка серця і дихання — це клінічна смерть. На роздум не більше п'яти хвилин — це час, за який гине кора головного мозку, гине розум.

Миттєво Володимир Петрович дістав з шафи ларингоскоп (прилад для інтубації трахеї) та інтубаційну трубку — інструменти, необхідні для інтубації трахеї, з метою проведення штучної вентиляції легень. Це роблять лікарі-анестезіологи перед операцією неспішно, після введення хворому міорелаксантів (препаратів, що розслабляють мускулатуру), без цього заінтубувати хворого не можна. Крім цього, потрібні навички інтубації, адже трубку треба ввести саме в трахею, а не в стравохід, який міститься поряд з нею.

Володимир Петрович, знаючи усе це, не гаючи ані секунди, увів клинок ларингоскопа в порожнину рота, не відчувши при цьому опору, це означало, що хворий

практично мертвий. Лець піднявши надгортанник, увів інтубаційну трубку в трахею. О, це просто диво! Часто навіть із застосуванням міорелаксантів цього не вдається зробити відразу, оскільки заважають голосові зв'язки. Негайно було під'єднано дихальний апарат. Дихання хворому забезпечене. Ставши над хворим і склавши свої долоні навхрест, почав робити закритий масаж серця. Хвилина, друга... Нарешті на третій хвилині стали помітні невпевнені, неритмічні скорочення серця. З'явилася слабка надія на життя хворого. Поступово піднявся тиск на периферичних судинах, але все ще не було ліквідовано головну причину, що призвела до драматичної ситуації — кровотечу.

Кровотеча триває. Хворому потрібне термінове переливання крові третьої групи резус позитивної. Але в резерві такої крові не виявилось. Зі станції переливання кров могли доправити, у кращому разі, за годину. Але ж була вже клінічна смерть. Серед співробітників не було нікого з такою групою крові. Що робити? Володимир Петрович, порадившись з анестезіологом, наважився на надзвичайний крок.

Кров хворого, що витекла по дренажах з грудної порожнини в стерильні банки, вирішили перелити. Для цього поставили крапельницю з фільтром для переливання крові і почали вводити кров, що вилилася по дренажах. Життя хворого трималося на волосині. З'явилася маленька надія на порятунок. Зателефонувавши своєму старшому товаришеві по роботі Олександру Олексійовичу, Володимир Петрович розповів про те, що сталося. Колега був набагато досвідченішим хірургом і, ні хвилини не вагаючись, погодився приїхати й допомогти в цій ситуації.

— Хворого готувати до повторної операції! — віддав наказ Володимир Петрович. Не можна було гаяти жодної хвилини. На цей час показники серцевої діяльності трохи стабілізувалися, артеріальний тиск піднявся до 100 мм ртутного стовпа.

Приїхав Олександр Олексійович, оглянув хворого і з такою лікування погодився.

Через декілька хвилин хворий уже лежав на операційному столі. Хірургів хвилювало питання — де ж те джерело кровотечі й чому воно виникло? Завжди найперше думають про можливі причини, як-от: зісковзування лігатури із судин після їх перев'язування, залишення непоміченої дрібної кровоточивої судини та інші, іноді важко передбачувані, ускладнення.

Але досвід показує, що, як це буває не дивно, після явної кровотечі, після видалення згустків з плевральної порожнини часто джерела кровотечі не знаходять. Природа сама дає собі з ними раду, тромбуючи кровоточиву судину.

Усе готово до операції. Повторно розкрито грудну порожнину праворуч. У плевральній порожнині до пів літра свіжої крові зі згустками. Рідку кров і згустки швидко видалено. Хірурги почали огляд органів грудної порожнини: ось права легеня, її не було пошкоджено під час першої операції, за легенею розташований стравохід, зшитий зі шлунком, переміщеним з черевної порожнини, анастомоз (місце з'єднання шлунка із стравоходом) цілий, не кровоточить. Оглянуто в глибині аорту, найбільшу судину, по якій кров від серця надходить до органів грудної, а потім черевної порожнини. Перев'язані гілки аорти, що йшли до видаленої ділянки стравоходу, не кровоточать. Оглянуто праву

частину перикарду (серцевої сорочки) — там також не знайдено джерело кровотечі. Хірурги ще раз осушили плевральну порожнину і вже без поспіху ще раз ретельно оглянули всі проблемні органи, але кровоточивої судини так і не виявили. Протягом усієї операції тиск залишався низьким, хоча серце працювало ритмічно.

Кровотечу зупинено, та стан хворого помітно не поліпшився. Тепер над хворим схилився лікар-анестезіолог.

Була пізня ніч. Втома брала своє, і обидва хірурги, що робили операцію, прилягли відпочити, один — у хірургічній, а другий — в анестезіологічній ординаторській. Але сну не було, після пережитого в голову Володимира Петровича лізли різні похмурі думки: кровотеча, повторна операція, важкий стан хворого... Який буде результат?

Хворий жив у віддаленому районі області, у нього була сім'я — діти, дружина. Яке повідомлення чекає їх на ранок? Що скаже їм хірург, якщо все закінчиться смертю хворого? Звісно, можна розповісти про важку хворобу, про велику ракову пухлину, про тривалу операцію і слабке серце. Але ж це не розрада для рідних. Будь-який хірург завжди багато разів у таких випадках аналізує всі етапи операції і критично оцінює правильність їх виконання. Тільки здобувши особистий досвід, він може надалі уникнути повторення помилок. Як там у Пушкіна: «...і досвід, син помилок трудних...»?

Настав ранок. Стан хворого усе ще залишався важким: тиск періодично падав, самостійне дихання не відновлювалося, сечі по катетеру виділилося всього мало.

У цей час приїхала дружина хворого — немолода сільська жінка зі спокійним виразом обличчя. Часто рідні хворих убиті горем, плачуть і просять допомогти їхньому близькому.

Пояснивши жінці тяжкість стану її чоловіка і можливість поганого результату, Володимир Петрович не побачив страху чи сліз в її очах. Вона залишалася спокійною і несподівано твердо сказала:

— Він виживе!

Хірург, дещо здивований такою відповіддю, запитав:

— Чому ви такі впевнені?

Трохи помовчавши, жінка розповіла про те, що її чоловік помирав уже двічі, але щоразу виживав. Вона розказала, як його, п'яного в дим, якимось взимку в лютий мороз підбрала машина швидкої допомоги без ознак життя і привезла на санпропускник районної лікарні.

Лікар приймального відділення, оглянувши, зробив висновок, що він мертвий, отже, його місце в морзі. Лікаря швидкої допомоги на санпропускнику районної лікарні вже й слід прохолов. Не залишалося нічого іншого, як покласти тіло померлого на кушетку в коридорі за ширмою. Покійника накрили простирадлом, погасили світло.

Та посеред ночі в глибокій тиші лікарні почувся якийсь гуркіт. Цей звук розбудив чергову-санітарку Клаву, яка спершу прислухалася, а потім вийшла в коридор, увімкнула світло і мало не знепритомніла від побаченого: тримаючись за ширму, біля кушетки стояв мертвець, весь у білому! З переляку санітарка закрила очі руками, гадаючи, що це галюцинація. Та

коли відкрила їх знову, зрозуміла, що це об'єктивна реальність. Дико верескнувши, вона з криком «Допоможіть!» кинулася в кімнату до чергового лікаря. Той спросоння не міг зрозуміти, що сталося. Марно намагаючись потрапити ногами в капці, він ошелешено витріщався на Клаву. До смерті перелякана санітарка ледве спромоглася розповісти про нічну пригоду, увесь час із жахом поглядаючи на двері, чи не з'явиться там покійник. Черговий лікар був хірургом, тож він швидко впорався із замішанням і, прихопивши для певності ще й чергову медсестру, рушив до санпропускника.

Те, що вони побачили, налякало їх ще більше. Той, кого вони вважали мертвцем, сидів на кушетці, укутавшись простирадлом і, увесь тремтячи, щось бурмотів. Тобто тепер це був не труп, а живісінький задубілий від холоду чоловік! Прислухавшись до мимрення, лікар зрозумів, що той скаржиться на сильний холод і запитує, де він. Обережно підійшовши до чоловіка, лікар заговорив до нього. Страх поступово відступив, і вже було зрозуміло, що сталася прикра медична помилка. У цій помилці лікар визнавав лише невелику частину своєї провини, і виправданням на його користь було те, що він усе-таки залишив хворого на пропускнику, на відміну від лікаря швидкої допомоги, що втік. Далі все було просто. Хворий, дізнавшись, де він і відігрівшись після гарячого чаю, охоче розповів про те, як, вийшовши з кафе, він впав у замет і заснув. Також він назвав своє прізвище і свою домашню адресу.

А що чолові'яга продовжував заглядати в чарку, то десь так за рік чи близько того подібна історія з ним

повторилася. Але й цього разу пацієнт залишився живим.

Тому жінка ще раз упевнено сказала:

— Він виживе. Ось побачите!

І її оптимістичний прогноз справдився. Поступово стан хворого покращувався, тиск стабілізувався, хворого від'єднали від дихального апарата.

Володимира Петровича хвилювало питання: як ітиме процес загоєння? Адже після тривалої кровотечі погано зростаються зшиті органи і тканини.

Збігло кілька днів. Хворий почувався задовільно, на другий день сідав у ліжку і навіть просив закурити! Настав сьомий день після операції, дуже відповідальний, оскільки цього дня хворих беруть на рентгеноскопію і дають випити барій (контрастну речовину). Затамувавши подих, хірурги спостерігають за рухом контрастної речовини стравоходом, потім через анастомоз і далі — до шлунка. Ура! Немає жодних заплівів чи задирок, анастомоз цілий. Хворого можна годувати через рот.

Ще через п'ять днів було знято шви з ран грудної клітки і живота, і хворий був виписаний додому. Ось що значить оптимістичний прогноз!

Після операції хворий прожив ще понад десять років і помер зовсім з іншої причини.

Мертве око

Око — це надзвичайно складний орган людського організму, що дає людині змогу від народження пізнавати навколишній світ. Для лікарів багатьох спеціальностей око теж має значення. Наприклад, огляд очного дна може допомогти в діагностиці захворювання головного мозку. Лікарі-анестезіологи за станом зіниць очей оцінюють міру глибини наркозу і навіть можуть визначити смерть мозку.

Багато хто знає, що око реагує на світло звужуванням або розширенням зіниці. Це означає, що мозок людини живий. Проте, у лікарській практиці бувають цікаві випадки, про один з яких хочеться розповісти.

Молодий лікар Володимир Петрович, який лише кілька років пропрацював у хірургічному відділенні онкодиспансеру, знав, що за станом зіниці ока іноді можна констатувати смерть хворого. Лікареві доводиться бачити не лише хворих, що видужують, а й тих, хто помирає. Якщо так стається — лікар констатує смерть. Однією з ознак, що смерть настала, є дуже широка зіниця і відсутність її реакції на світло. Якщо торкнутися рогівки клаптиком тканини, повіки не намагаються зімкнутися — це відсутність так званого рефлекса рогівки.

Володимир Петрович про це добре знав, але один випадок його все ж здивував. До клініки потрапив

хворий, його земляк, колишній учитель праці Опанас Павлович, якого лікар дуже поважав і всіляко хотів йому допомогти. У вчителя погіршився апетит, він схуд і скаржився на болі під грудьми, особливо, як попоїсть.

Після обстеження було встановлено діагноз — рак шлунка. Була вражена середня частина шлунка. Мала відбутися складна і важка для хворого операція — видалення всього шлунка. Медичною мовою це називається гастректомія.

Хворий дуже хвилювався, як хвилюються усі хворі перед операцією. Хірургам вдалося видалити шлунок з раковою пухлиною згідно зі стандартами лікування в онкології. Операція пройшла успішно. За годину після операції Опанас Павлович прокинувся і міг розмовляти. Через дві доби хворого перевели до загальної палати і навіть дозволили пити воду й ходити по палаті.

Володимир Петрович часто навідував свого шкільного вчителя, був радий, що все йде добре, адже за вчителя хвилювалися не лише його близькі, а й уся школа. Більш того, усі знали, що в операції брав участь їхній колишній випускник.

Якось наприкінці робочого дня Володимир Петрович, стомлений після важких операцій, вирішив ще раз зайти в палату до свого вчителя. Вранці той почувався добре і навіть жартував: він, мовляв, тепер не зможе з'їсти повну тарілку борщу, адже в нього немає шлунка.

Володимир Петрович зайшов до палати, у ній був тільки один хворий, його вчитель, який горлиць нерухомо лежав на ліжку. Це трохи насторожило лікаря. Він підійшов ближче і з жахом побачив розплющене

праве око, яке незмигну дивилося кудись вдаль — повіка застигла. Зіниця широка, на світло не реагує. Він торкнувся рогівки ока шматочком тканини — жодної реакції. Страшна думка промайнула в голові лікаря — учитель помер. Сталося непоправне. Завтра родичі дізнаються цю страшну новину, потім вона розлетиться по його рідній школі. Її з уст в уста передаватимуть одне одному вчителі й учні, при цьому, як правило, звинувачуючи лікарів. Одні скажуть, що оперував-то його наш колишній учень, і, мабуть, щось пішло не так. Інші, лихі на язик, скажуть відвертіше: молодий ще лікар «зарівав» Опанаса Павловича. Секунда, і рука Володимира Петровича торкнулася шиї хворого, в тому місці, де проходить права сонна артерія. Може, ще працює серце і є хоч якийсь шанс врятувати хворого? Аж раптом... розплющилося ліве око хворого і запитливо, здивовано глипнуло на лікаря.

— Володимире Петровичу, що сталося? — спитав пацієнт, який щойно здавався мертвим.

Лікар сторопів, але вже наступної миті з радістю зрозумів, що все гаразд і хворий живий.

— Нічого не сталося, Опанасе Павловичу, зайшов вас оглянути, перш ніж піти додому, — стримуючи хвилювання, сказав він.

І раптом Володимир Петрович згадав і аж розсміявся тихенько про себе. Та як же він не зміркував одразу, адже ще учнем у школі чув про нещасний випадок, що стався з учителем. Той на уроці працював на токарному верстаті без окулярів і шматочок металу, що відірвався, травмував йому праве око, врятувати яке медикам не вдалося. Замість нього було вставлено штучне скляне око.

Володимир Петрович нічого не сказав хворому про свій щойно пережитий переляк, а, серйозно оглянувши живіт хворого, заклеєний пов'язкою, мовчки вийшов з палати.

Відтоді сплигло багато часу. Вчитель, проживши ще десять років після операції, помер від серцевого нападу, але цей випадок зберігся назавжди в пам'яті Володимира Петровича. Можливо тому, що на тлі частіше важких спогадів про роботу він був дещо курйозним і навіть смішним. Ось що означає майстерно виготовлене «мертве», скляне око!

Незвичайна травма

Під покровом ночі, коли накрапав дрібний дощ, двоє потайки несли з боку складських приміщень у напрямку огорожі якийсь плаский предмет, загорнутий у мішковину. Було це на території невеликого заводу. Підійшовши до огорожі, один з них швидко переліз через неї і скомандував своїм напарнику:

— Ну ж бо, давай мені!

Той узяв ношу, обережно підняв її і, поклавши на огорожу, почав рухати вперед, сподіваючись, що товариш по той бік підхопить. Аж раптом щось хруснуло і частина предмета з мішковини впала на напарника.

Трохи відкрию читачеві таємницю. Двоє крадіїв тієї ночі намагалися поцупити з підприємства кілька листів скла, але ж скло — матеріал дуже примхливий, крихкий, а для наших героїв виявився ще й небезпечним.

Коли скло тріснуло і посипалися його гострі скалки, один з нещасливців відчув гострий біль у грудях під правою рукою і щось тепле. Обмацавши місце, де боліло, він виявив, що сорочка мокра і просякнута кров'ю. Злякавшись, обидва облишили невдалу затію і, сівши в автівку, поспішили до чергової лікарні. У приймальному відділенні хворого оглянув лікар-хірург, діагностувавши різану рану шкіри грудної стінки

праворуч завдовжки до семи сантиметрів. Друзі, звісно, не розповіли лікареві всієї правди про їхню пригоду. Сказали, буцім потерпілий у темряві спіткнувся і впав на якийсь гострий предмет.

Хірург уважно оглянув рану, промив її дезінфікуючим розчином і наклав шість швів. З огляду на задовільний стан хворого лікар відпустив його додому з рекомендацією робити перев'язки рани і зняти шви через сім днів за місцем проживання. Через тиждень шви було знято і рана чудово зажила.

Минуло близько місяця, і хворий уже почав забувати про прикрий інцидент. Але одного разу він раптом відчув слабкість, неприємні відчуття в грудях і задишку. Лікар поліклініки, вислухавши фонендоскопом легені хворого, припустив наявність пневмонії в правій легені й рекомендував зробити рентген. Під час рентгенологічного дослідження легень було виявлено рідину в правій плевральній порожнині і, за висновком рентгенолога, не можна було виключити верхньочасткову пневмонію праворуч.

Діставши таку інформацію, лікарка-терапевтка призначила, як завжди в таких випадках, антибіотики. Але після двотижневого лікування стан хворого лише погіршився. Його проконсультував лікар-пульмонолог і поставив свій діагноз — правосторонній плеврит. Після цього було зроблено пункцію правої плевральної порожнини і видалено два літри рідини. Її дослідження наявності ракових клітин не показало. Хворому стало трохи краще.

Та за три тижні стан хворого знову погіршився, повернулася сильна задишка. На рентгені як і раніше визначалася рідина і деяке зменшення верхньої част-

ки правої легені. Повторно видалили два літри рідини з правої плевральної порожнини.

Враховуючи те, що плеврит часто буває при туберкульозі легень, хворого направили на консультацію до лікаря-фтизіатра. Після обстеження туберкульоз було виключено.

Минуло шість місяців, але стан хворого не покращувався, рідина й далі регулярно продовжувала накопичуватися, що потребувало її видалення. Обійшовши усіх фахівців «легеневиків», хворий вирішив звернутися до досвідченого хірурга, який багато років оперував на легенях і мав великий авторитет. Хірург, вивчивши рентгенівські знімки легень і численні висновки хворого, запропонував зробити діагностичну торакотомію (розкриття грудної клітки для з'ясування причини плевриту). Змучений хворобою чоловік одразу погодився на операцію.

За кілька днів хворого прийняли до хірургічного відділення, де після нетривалої підготовки взяли на операцію з діагнозом «правосторонній плеврит неясної етіології» (походження). Операцію виконував усе той же досвідчений хірург, а асистував йому Володимир Петрович, на той час іще молодий лікар.

І ось почалася операція: розріз шкіри грудної стінки справа в п'ятому міжреберному просторі, розкриття плевральної порожнини, розсування ребер. З грудної клітки видалено півтора літри рідини. Для ревізії легені й плевральної порожнини хірурги на початку роблять дослідження рукою, обмацуючи саму легеню і плевру. Звичним рухом правої руки хірург почав пальпацію легені, увівши руку глибоко в грудну клітку. І раптом лікар скрикнув од болю і різко висмикнув

праву руку з рани. Сам хірург і всі присутні в операційній побачили різану рану на кисті лікаря, з якої рясно стікала кров. Усі були здивовані, а надто — раптово постраждалий хірург. У його багаторічній практиці нічого подібного не траплялося. Трохи оговтавшись і оглянувши глибоку рану на своєму вказівному пальці, він дійшов висновку, що рану завдано чимось гострим. Зупинивши кровотечу і одягнувши нові рукавички, хірург, тепер уже дуже обережно, посунув легеню вбік, осушив серветкою грудну порожнину і, просуваючись дедалі глибше, раптом помітив якийсь блискучий предмет. Придивившись пильніше, хірург нарешті розгледів його. Здивування лікаря було безмежним: на дні плевральної порожнини, практично поряд з нижньою порожнистою веною і працюючим серцем, лежав... уламок скла довгастої форми завдовжки до десяти і завширшки до трьох сантиметрів. За кілька хвилин він обережно дістав скло з рани, акуратно поклав на серветку і продовжив операцію.

Подальший обережний огляд грудної порожнини інших сторонніх тіл не виявив. На верхній частці легені був помітний невеликий старий рубець завдовжки до трьох сантиметрів. Причина тривалого плевриту і пневмонії нарешті стала зрозумілою. Через грудну стінку було проведено дві дренажні трубки і ушито рану грудної клітки.

Після операції вдалося відтворити повну картину цього незвичайного випадку. Тієї ночі, коли розбилося скло, одна з гострих скалок прохромила одяг потерпілого, потім грудну стінку і увійшла до грудної порожнини. А що скалка була вузька, вона легко обломилася і залишилася всередині порожнини, ледь

травмувавши верхню частку. Хірург, оглядаючи рану, не був детально поінформований про те, що сталося, і особливо про предмет, яким було заподіяно рану. Тому операція й закінчилася накладенням швів без її ревізії і контрольного рентгендослідження легень.

Виникає питання: як могли розвиватися події, якби хірург, який першим оглядав рану після травми, був посвячений у подробиці. Знаючи про те, яким предметом поранився чоловік і про можливість проникаючого поранення грудної клітки, хірург зобов'язаний був ретельніше обстежити хворого, а саме: виміряти глибину рани металевим зондом. Навіть при цьому простому дослідженні він міг визначити, що рана глибока і проникає в грудну порожнину. Хворому обов'язково було б проведено рентгенологічне дослідження легень, під час якого можна було виявити кров у грудній порожнині (гемоторакс) і поранення легені. Усе це є показанням до торакотомії (розкриття грудної клітки).

Питання про те, чи могли б побачити таке стороннє тіло в грудній порожнині на рентгені, є спірним. На думку фахівців, звичайна рентгеноскопія практично не дає можливості виявити скло. Хіба що комп'ютерна томографія дозволяє це зробити, але на той час її ще не було. Тому хворий так довго й лікувався з приводу «неясного» плевриту.

З цієї історії можна зробити два прості висновки. Перший: хворий завжди має говорити лікареві всю правду про те, що з ним сталося. І другий: хірург не повинен порушувати правила обстеження рани, тим більше грудної клітки. Напрошується ще один простий висновок, що стосується вже морального аспекту — не кради! Відплата немінуча!

Кісточка та емблемка

Триває важка операція з видалення правої легені. Протягом двох годин молодий хірург Володимир Петрович намагається виділити судини, що йдуть від серця до легені, щоб перев'язати їх і перетнути. Тільки тоді можна підійти до бронха. Чому так довго триває операція? Усі судини, що йдуть від серця, прирощені до пухлини, яка росте з бронха. Дуже заважають щільні, мов камінь, збільшені лімфатичні вузли, які теж виявилися прирощеними до судин. Один неточний рух і тонка, як пергамент, судина може порватися. До рани хлине кров, що йде від серця. Зупинити таку кровотечу буває дуже важко.

Хворий, що на операційному столі, потрапив до хірургічного відділення зі скаргами на кашель, задишку під час ходьби і з підвищеною температурою. Все це з'явилося три місяці тому. Двічі за цей час він лікувався в терапії з приводу пневмонії. Після лікування йому ставало краще, але потім усе починалося знову. На рентгенівських знімках легень було виявлено затемнення всієї правої легені і зменшення її в розмірах. Лікарка-терапевтка запідозрила пухлину легені й направила хворого до онкологічного диспансера.

У хірургічному відділенні для діагностики пухлини провели бронхоскопію (огляд бронхів зсередини).

Під час огляду трахеї і бронхів лівої легені нічого поганого не виявили. Коли почали оглядати бронхи правої легені, то побачили, що головний бронх закритий незрозумілими розростаннями у вигляді дрібних поліпів. При легкому доторку до них бронхоскопом вони починали кривавити. Лікар, який проводив бронхоскопію, висловив припущення про рак і відщипнув шматочок від пухлини для дослідження. Остаточна відповідь мала прийти з патогістологічної лабораторії, де шматочок пухлини досліджували під мікроскопом. Хворого повідомили про ймовірний діагноз.

Минуло кілька днів. Хворий весь час хвилювався, адже від цього аналізу залежала його подальша доля. Він відчував, що хвороба в нього важка. Його так само турбував кашель, він не міг швидко йти через задишку, а іноді в мокроті з'являлися прожилки крові.

Незабаром прийшла відповідь. У ній зазначалося, що в досліджуваному шматочку є елементи запалення і трапляються атипові (ненормальні) клітини, схожі на ракові. Такий висновок спантеличив Володимира Петровича, який лікував цього хворого. Його насторожувало те, що за наявності видимої ракової пухлини у бронху має бути точна й однозначна відповідь — рак певної будови. Окремі клітини, чимось схожі на ракові — це неточний діагноз, який не дає права проводити будь-яке лікування в онкології. Тому він наполіг на повторній бронхоскопії та біопсії. Картина в правому головному бронху була та сама.

Нова відповідь з лабораторії знову не прояснила обстановку. Так само зазначалася наявність запалення і атипових клітин.

Після обговорення даних хворого на клінічному розборі, де були завідувач відділення Олександр Олексійович і всі лікарі, з урахуванням даних рентгено-і бронхоскопії, поставлено діагноз — рак правої легені і вирішено оперувати хворого.

Під час операції не було сумнівів у тому, що це саме рак легені. Зазнаючи труднощів у виділенні судин і розуміючи небезпеку їх ушкодження, Володимир Петрович попросив завідувача відділення Олександра Олексійовича взяти участь в операції. Той продовжив виділення пухлини, але й у нього не все виходило. Зрештою, судини легені було перев'язано, бронх прошито апаратом, виділено лімфатичні вузли і легеню видалено. Володимир Петрович запропонував оглянути видалену легеню. Олександр Олексійович почав розтинати пухлину уздовж по бронху. Але що це таке? У центрі бронх був таким щільним, що гострий скальпель ковзав і не міг його розрізати. Тоді взялися розрізати пухлину з іншого боку, де вона була податливішою. Нарешті, розрізавши пухлину, обидва хірурги не повірили своїм очам: перед ними була куряча кісточка, оточена розростаннями, у вигляді невеликих поліпів, які, мабуть, виникли внаслідок тривалого запалення. Придивившись пильніше, вони визначили, що це хребець із шийного відділу курки! Настала тривала пауза, адже жодному з хірургів, і старшому, і молодшому, не доводилося бачити такого у своїй практиці.

— Оце так-так, — задумливо мовив Олександр Олексійович, — як же вона потрапила у бронх, це ж не крихта хліба?

Володимир Петрович дуже непокоївся, адже видалено всю праву легеню, виконано важку інвалідизуючу

операцію, чи немає його провини в цьому? Висловивши ці міркування своєму колезі, він почув відповідь, що його заспокоїла.

— Не хвилюйся, — сказав Олександр Олексійович, — адже легеня вже давно не дихала і за цей час у ній розвинувся склероз, тому вона й зменшилася, а ще — безповоротно втратила свою функцію.

Але як же хворий міг одразу не помітити потрапляння у бронх такого великого стороннього тіла? Навіть крапля води чи крихта хліба, що потрапили у бронх, викликають сильний кашель.

Після операції, коли хворому стало легше, йому розповіли про причину його захворювання і поцікавилися тим, як це могло статися. Трохи подумавши, пацієнт згадав, що пів року тому, коли він їв борщ із куркою, до будинку під'їхав автомобіль, з якого вийшов міліціонер і попрямував до його ґанку. У цю мить він відволікся і, як йому здалося, ковтнув якимось не так ложку борщу. Трохи покашлявши, він продовжив їсти. Як з'ясувалося потім, міліціонер просто помилився адресою і тривожитися не було причини. Після цього епізоду за кілька місяців і почалися пневмонії.

По десятьох днях після операції хворий виписався з лікарні. Рана загоїлася, кашель і температура його більше не турбували. Єдине, чого бракувало, то це правої легені. Ні, це не іронія. Цього разу ніхто не винен. Легеню вже не можна було врятувати. Винен випадок, втрата уваги у момент їди.

Але це був не єдиний випадок у практиці Володирича Петровича. Схожий повторився за сорок років потому. 42-річний хворий, військовий майор, захворів: з'явився кашель, підвищилася температура. Ці

симптоми з часом наростали і першою на це звернула увагу його дружина, яка наполягла на візиті до лікарки-терапевтки. Лікарка, послухавши хворого фонендоскопом, повідомила, що в правій легені вона чує хрипи, тож рекомендувала пройти протизапальну терапію, оскільки не можна було виключити пневмонію. Після курсу лікування кашель повністю не зник, але температура нормалізувалася. Через три тижні все поновилося. Після повторного звернення лікарка рекомендувала пройти рентгеноскопію легень. І ось несподіваний для всіх висновок рентгенолога: уся права легеня знижена в прозорості і в правому головному бронхові є утворення металевої щільності. Яке утворення і звідки воно могло там з'явитися? Це питання не давало спокою і лікарю, і хворому.

Проведена комп'ютерна томографія здивувала всіх ще більше. У правому головному бронху було виявлено металевий предмет неправильної форми завбільшки 1,5 на 1,5 сантиметра. Постало питання, як лікувати хворого?

Вирішено було зробити бронхоскопію і, якщо вдасться, дістати це стороннє тіло.

Під час огляду бронхоскопом правого головного бронха побачили запалення його слизової оболонки, у просвіт бронха пройти не вдалося через його звуження і гнійні виділення. Чітко побачити стороннє тіло також не вдалося. Залишалася надія тільки на операцію.

Досвідчений хірург, який часто виконував складні операції, подивившись комп'ютерні томограми, погодився прооперувати хворого, пообіцявши зберегти всю праву легеню. На питання, як могло потрапити

металеве стороннє тіло в дихальні шляхи, хворий нічого до ладу не зміг відповісти.

Настав день операції. Хворий під загальним наркозом. Розкрито грудну клітку. Хірург з хвилюванням пальпує правий головний бронх і відчуває в ньому щільне утворення. Він розтинає бронх над місцем, де є стороннє тіло. Проходить якась мить і хірург дістає з бронха щось металеве. Очистивши цей предмет від слизу, він на свій подив бачить армійську емблемку артилериста, яку носять військові на погонах. Усі, хто були в операційній, також були здивовані, побачивши емблему з двома маленькими схрещеними гарматками на ній.

Тим часом хірург ювелірними рухами ушив розріз на бронху, через який щойно дістав стороннє тіло. Після цього легеня розправилася і почала нормально дихати. Після закінчення операції колеги змогли потримати в руках цю нещасливу емблемку. Вона була ледь деформована.

Коли хворому через кілька днів після операції стало значно легше, хірург, який робив операцію, поцікавився, як усе-таки змогла потрапити артилерійська емблема хворому в бронх? Адже її місце на погонах. Той і сам був здивований знахідкою хірурга.

Та хвилюк подумавши, майор згадав про одну традицію в армії, яка, на його думку, могла стати причиною халепи, що з ним приключилася. Річ у тім, що після присвоєння офіцерові чергового звання, а військові кажуть — зірочки, її одразу не пригвинчують до погонів. Цьому передує неформальний обряд. У теплій компанії друзів, як правило, таких само військових, що дістали нове звання, наливають повну склянку

горілки, поклавши на дно зірочку. Після цього, під гучні вигуки присутніх, винуватець урочистості має акуратно випити спиртне до дна, при цьому залишивши зірочку в склянці. Тільки потім її угвинчують у погони.

У нашому випадку сценарій було дещо змінено. Присутні перед основним «ритуалом» уже встигли добряче випити і захмеліти. Наливши повну склянку горілки, на дно опустили зірочку. Хтось із друзів запропонував туди ж опустити і емблемку артилериста, адже вона теж гідна побувати поряд із зірочкою! У момент, коли склянка майже повністю спорожніла, наш новоспечений майор натужно закашлявся. Йому швиденько дали запити води, після чого святкування пішло своєю чергою. Зірочку дістали і прилаштували на погони (другу зірочку не обмивали), а ось про емблемку — забули. Вона кудись зникла. На ранок майор вийшов на службу і продовжив свою роботу в новому званні.

Ці два випадки схожі між собою. Адже обидва сторонні тіла потрапили саме в правий головний бронх. Це пояснюється тим, що він ширший від лівого і є ніби продовженням трахеї. В обох випадках потрапляння у бронх пройшло непоміченим і тільки через якийсь час нагадало про себе.

Вартим уваги є те, що в першому випадку це сталося через прикрий випадок, а в другому — через дурний розум.

Здавалося б, природа досконала і все змогла передбачити, крім хіба що людської необережності й дурості.

Випадковий подих

Боротися за життя до останнього подиху хворого — такий закон медицини. Проте випадок, який мав місце, свідчить про те, що й після останнього подиху не все втрачено.

Відомо, що відразу після складних операцій хворих переводять до реанімаційного відділення або палати інтенсивної терапії, під нагляд чергових лікарів-анестезіологів і медсестер.

Випадок, про який я хочу розповісти, стався саме в такому відділенні. Хворому Г., 56 років, було зроблено пневмонектомію з приводу раку легені. Це операція, під час якій видаляють усю легеню. Операція велика, травматична, тому в плевральну порожнину ставиться товста дренажна трубка, щоб стежити за тим, чи немає кровотечі. Трубка опускається в банку з рідиною, і персонал слідкує за кількістю крові, що виділяється. Так було і з нашим хворим: вимірювали тиск, стежили за диханням і за виділенням з дренажу. Усе йшло нормально: тиск тримався, хворий дихав, кров по дренажу не надходила.

Чергував цього дня лікар-анестезіолог Вадим Олегович, який мав деякі «дивацтва». Він любив на чергуваннях грати в шахи, але, зважаючи на відсутність партнера ночами, він в ординаторській змушений був

грати сам із собою. Хто був його суперником, невідомо. Він був образливий, листувався поштою з такими, як сам, шахістами-аматорами.

Оперував хворого молодий лікар, завідувач відділення, Володимир Петрович. Закінчивши операцію і оглянувши хворого в реанімації, він пішов додому, а точніше, до гуртожитку, в якому на той час мешкав з дружиною і двома дітьми. Гуртожиток був у лісі метрів за триста від лікарні. На першому поверсі, де чергувала вахтерка, був телефон, тож хірурга у будь-який час могли покликати до телефону, подзвонивши зі стаціонару. Прийшовши додому, Володимир Петрович повечеряв і сів до письмового столу — писати свою кандидатську дисертацію.

Близько десятої години вечора пролунав стук у двері.

— Петровичу! — почувся голос вахтерки, — дзвонять з реанімації, спустіться до телефону!

На серці стало неспокійно, адже з реанімації даремно не дзвонять. Хірург миттю спустився до телефону. У слухавці почувся схвильований голос чергового анестезіолога:

— Володимире Петровичу, з вашим хворим погано, знизився тиск до 80 на 60 міліметрів ртутного стовпа і з дренажу виділився літр крові. Швидше приходьте!

Він похапцем одягнувся і вже був готовий іти, коли за дверима знов пролунав голос вахтерки:

— Петровичу, знову дзвонять з реанімації.

Серце забилося в передчутті чогось поганого. Хвилина і він — біля слухавки:

— Алло, що там?

У відповідь:

— Хворий помер.

Секунда мовчання. Мозок не сприймав такої інформації. Не може хворий так миттєво померти.

— Зараз буду, — відповів Володимир Петрович слабким голосом.

— Вже пізно, — відповіли на іншому кінці дроту.

Майже бінцем, пробираючись у темряві до стаціонару через густий дубовий ліс, він гарячково думав: кровотеча, така швидка смерть, чому? Адже людський організм навіть у такій ситуації бореться — падає тиск, серце збільшує частоту скорочень, щоб його підвищити, звужуються периферичні судини, щоб більше крові надходило в мозок і нирки, з селезінки викидається кров, яка там депонується, щоб заповнити дефіцит. Просто не віриться, щоб хворий помер так швидко.

Хутко піднявшись у реанімацію, Володимир Петрович побачив страшну для хірурга картину. На ліжку, де раніше лежав його хворий, тепер — бездиханний труп, накритий з головою простирадлом. Так роблять, коли помирає пацієнт. Зісмикнувши простирадло, він побачив, що шкірний покрив блідий, зіниці широкі, пульс не визначався навіть на сонних артеріях. Наркозний дихальний апарат було від'єднано, інтубаційну трубку з трахеї витягнуто.

Лікар-анестезіолог за письмовим столом заповнював історію хвороби померлого, писав посмертний епікриз.

— Він мертвий, — сказав анестезіолог сухо, — помер швидко від кровотечі. Проведена реанімація ефекту не мала.

Так, поряд з ліжком стояла банка Боброва, з приблизно 600 мл крові в ній. Тіло нерухомо лежало під простирадлом. Володимир Петрович від безпорадності зробити хоча б щось, сів за стіл поряд з анестезіологом.

Втрата хворого на операційному столі або після операції — велике нещастя для хірурга, і навряд чи до цього можна коли-небудь звикнути. Психологи говорять про професійне вигорання лікаря, аналізують, доводять і навіть підраховували, через скільки років роботи це відбувається. Нісенітниця, пропрацювавши понад сорок років хірургом, можу стверджувати: немає вигорання, коли помирає твій хворий, у долю якого ти втрутився і з'єднав зі своєю долею, зробивши все можливе, щоб він жив. Адже ця людина довірила своє життя цілком тобі, а ти його, безпорадного, підвів, залишив помирати. Є й другий аспект цього питання. У багатьох хворих близькі — дружини, чоловіки, діти, завтра вранці вони прийдуть спитати про стан здоров'я їхньої близької людини, а їм скажуть, що її вже немає серед живих. І, звичайно, питання до хірурга, який оперував хворого: чому так сталося? Усю цю драму хірургові доводиться пережити не як сторонньому спостерігачу, а як головному учаснику. Усе це промайнуло в одну мить у голові Володимира Петровича.

І раптом він почув шумний подих з боку ліжка, де лежав труп. В одну мить Володимир Петрович підскочив до хворого, зірвав простирадло і почав масаж серця, а в паузах штучне дихання рот до рота. Раз, два, три, чотири! Через марлеву серветку він вдихнув повітря в рот померлого хворого, повторивши так кіль-

ка разів. Лікар зупинився і спробував пульс на сонних артеріях. О, диво! Ледве чутно, але там визначалася пульсація. Серце запрацювало!

Поряд стояв сторопілий анестезіолог, тупо дивлячись на те, що відбувається.

— Швидше інтубуй! — гукнув схвильовано Володимир Петрович, продовжуючи робити хворому штучний масаж серця і штучне дихання.

Анестезіолог швидко взяв ларингоскоп і, на щастя, миттєво заінтубував хворого, без міорелаксантів і під'єднав дихальний апарат. Весь цей час Володимир Петрович не припиняв штучний масаж серця. Чергова медсестра швидко під'єднала крапельницю до підключичного катетера. Ввели препарати, що підвищують тиск. З'явився пульс на периферичних судинах. Виміряли тиск, він був низьким — 70/50 мм ртутного стовпа, але яке ж щастя, що він був!

Стояла мертва тиша, тільки рівномірно поскрипував наркозний апарат РО-2, у вену крапали розчин, хворий був живий, шкіра порожевіла.

Анестезіолог був розгублений. Його стан можна було зрозуміти. Кілька хвилин тому він уже змирився з думкою, що хворий помер. Патологоанатом міг поставити діагноз, що смерть настала від кровотечі, в якій винен хірург, і анестезіолог міг швидко забути цей неприємний випадок. Але все пішло за іншим сценарієм і винен він, визнавши хворого померлим, а отже, не зробивши спроб урятувати його, поборотися до кінця за його життя, а накривши простиратлом.

Тиск поступово стабілізувався, життя повільно поверталось. А що ж із кровотечею? Вона зупинилася. Більше по дренажу кров не надходила. Присутні

медсестри і санітарки не вірили в те, що сталося. Був мертвий, а тепер воскрес — як таке можливо?

Володимир Петрович записав щоденник в історії хвороби, оглянув хворого і дуже втомлений, але щасливий пішов нарешті додому.

На душі було радісно від того, що він, ні, не він, а природа допомогла зробити йому неможливе, запустити серце, що зупинилося, в людини, яка, здавалося, померла. Зворотний шлях до гуртожитку він пройшов повільно. Була пізня ніч, але лікар не боявся йти лісовою дорогою, адже що могло бути страшнішим за щойно пережите? До ранку його до телефону вже не викликали. Це було добрим знаком.

Уставши дуже рано і похапцем поснідавши, Володимир Петрович поспішив до лікарні: швидше дізнатися, як минула ніч. Дорогою він зустрів санітарку з реанімації, яка несла до лабораторії сечу хворих на аналізи. Та зупинилася, з посмішкою подивилася на лікаря і радісно повідомила:

— Уявляєте? Він досі живий! (Вона мала на увазі хворого.)

Всього кілька слів, але яка радість для хірурга почути їх! Напевно, це ті хвилини в житті, які залишаються в пам'яті як найщасливіші.

У реанімації черговий анестезіолог готувався до п'ятихвилинки і, звичайно, дуже хвилювався. Адже вся інформація про події сьогоднішньої ночі повинна була стати відомою колегам. У медицині не можна брехати, тільки правда, навіть гірка, дозволяє надалі уникнути повторення трагедії. Як і розслідування авіакатастроф дає змогу знайти їх причину і запобігти загибелі багатьох людей у майбутньому.

Звичайно, в медицині багато що лікарям прощається, пояснюється труднощами діагностики, незвичайним перебігом хвороби, дуже рідко лікарів притягають до кримінальної відповідальності. Але, мабуть, найвищий і найнещадніший суд — це суд власної совісті, без свідків і понятих, без адвоката, де покарання неминуче, а обвинувачем виступає власна совість, що, як кажуть, гризе без зубів.

П'ятихвилинка пройшла у звичайному режимі. Головний лікар Микола Олексійович, вислухавши плутану розповідь чергового анестезіолога, зрозумів, що сталася неприємна подія, зумовлена лікарською халатністю. Він запропонував обговорити цей інцидент у вузькому колі на зборах завідувачів відділень, що мають відношення до цього випадку. Того ж дня співробітники лікарні від молодшого персоналу дізналися в найдрібніших подробицях про все, що сталося вночі з хворим з торакального відділення.

Через кілька місяців лікар-анестезіолог звільнився за власним бажанням, і, можливо писаний випадок відіграв у цьому його рішенні основну роль.

Хворий, навколо якого розвивалися ці події, за два тижні після того у доброму стані виписався додому, так і не дізнавшись про те, що він побував на межі життя і смерті.

Таємничі пухлини

Пухлини можуть вражати будь-який орган людини. Усього їх понад сто різновидів. Пухлини бувають різні: доброякісні і злоякісні. Від цього залежить тактика лікування. Якщо пухлина злоякісна — рак або саркома, то лікування потрібно починати негайно, оскільки поділ клітин злоякісної пухлини відбувається в геометричній прогресії, а ще — вони можуть метастазувати. Якщо пухлина доброякісна, наприклад ліпома, можна не поспішати з операцією і спостерігати хворого.

Щоб вирішити це життєво важливе питання — злоякісна пухлина чи ні, проводиться біопсія. Наведений випадок вказує на те, що біопсія не завжди допомагає у встановленні остаточного діагнозу.

До клініки потрапив літній чоловік, який скаржився на пухлину під правою лопаткою, вона з'явилася кілька років тому, а останні кілька місяців почала заважати хворому лежати на спині, викликала біль під час руху, тому він і вирішив звернутися до лікаря.

Хворого доручили вести молодому лікарєві-хірургу Володимирі Петровичу, який усього кілька років пропрацював у онкології, але вже вважав себе досить досвідченим фахівцем. Така зарозумілість мала підстави. Періодично приймаючи нових хворих в поліклініці онкодиспансера, він іноді за призначений для

роботи місяць приймав по 60 хворих на день. Так, це багато, якщо врахувати те, що деяким з підозрою на рак кишківника він самостійно робив ректоскопії до восьми на день, та ще зіскрібки з пухлин шкіри і пункції у разі підозри на рак грудної залози.

Під час первинного огляду хворого він виявив у правій підлопатковій ділянці пухлину, як кулак завбільшки, не дуже щільну з досить чіткими межами. Пухлина трохи зміщувалася і була болючою. Медичною мовою це називається пухлиною м'яких тканин і найчастіше це буває саркома. Лікар також звернув увагу на тонкий ніжний рубець на грудній стінці праворуч. Виявилося, що двадцять років тому хворому видалили частину правої легені з приводу туберкульозу. Хворий з гордістю повідомив, що його оперував сам професор Федір Углов. У ті далекі роки операції на легенях були рідкістю і вперше їх почав виконувати в Ленінграді відомий на весь колишній Союз професор Федір Григорович Углов. На легенях він оперував переважно хворих на туберкульоз і рак легень. Після операції хворий вилікувався від туберкульозу легень.

Володимир Петрович виконав пункцію пухлини, направивши пунктат на дослідження і не сумніваючись, що пухлина злоякісна. За два дні з лабораторії прийшов дещо дивний аналіз. У ньому зазначалося, що в присланому матеріалі є елементи запалення, лейкоцити і нейтрофіли, тим часом клітин злоякісної пухлини не виявлено.

У відділенні раз на тиждень по понеділках проходив обхід професора. На обході Володимир Петрович доповів про хворого з пухлиною і повідомив, що перша пункція даних щодо злоякісної пухлини не дала.

Професор, онколог з понад сорокарічним досвідом, який бачив за час своєї праці, здавалося б, усе можливе, оглянувши пухлину, задумливо мовив:

— Так, схоже на саркому м'яких тканин. Зробіть повторну пункцію, можливо, набрали мало матеріалу.

Цю рекомендацію було виконано. Відповідь з лабораторії наступного дня знову здивувала лікарів, бо в ній знову описувалися різні елементи запалення, але злоякісних клітин не було виявлено і цього разу. Володимир Петрович повідомив про результати дослідження професора, на що той відповів:

— Гм, це якась незрозуміла, просто загадкова пухлина, все одно треба її видаляти.

Хворого повідомили про необхідність операції. Він погодився, адже й сам розумів, що пухлина росте, тож операції не уникнути.

У призначений день, після підготовки, хворого було доправлено до операційної, а оскільки пухлина розташовувалася на грудній стінці, йому було дано загальний інтубаційний наркоз. Такий наркоз дається при великих операціях. У цьому випадку не виключалася ймовірність розкриття грудної порожнини під час виділення пухлини. Операцію робив професор. Після обробки шкіри дезрозчинами було розітнуто шкіру навколо пухлини на достатній відстані, щоб випадково її не розкрити. Почали виділяти пухлину глибше, але вона йшла все далі до ребер.

— Можливо, вона проростає в ребра? — вголос подумав професор.

— Так, пухлина не проста, — відповів Володимир Петрович, який був асистентом на цій операції.

Хірурги поступово, міліметр за міліметром, просувалися все глибше, але їм не вдавалося відсікти пухлину від грудної стінки — вона йшла в міжреберний простір. Ще за який час вони все ж змогли відокремити і видалити пухлину. Рану було ушито шовковими швами і поставлено дренажі.

Вийшовши до передопераційної, професор і його асистент попросили показати їм щойно видалену пухлину, щоб детальніше вивчити її будову. Це роблять багато фахівців, аби краще розуміти, що собою являють пухлини.

Професорові принесли видалений препарат і скальпель. Неспішно він почав розрізати пухлину по центру, але що це? Скальпель, легко розрізавши кілька сантиметрів пухлини, раптом почав просуватися повільно, неначе ковзаючи по якійсь щільній тканині. Розрізавши пухлину по периферії, хірурги несподівано для себе побачили напівзогнилу, але ще щільну волокнисту тканину. Що за диво! Звідки вона тут? Професор здивовано роззирався навсбіч. Але тут Володимир Петрович несподівано згадав слова хворого про операцію, яку він переніс двадцять років тому, і все стало зрозумілим. Адже ця «таємнича пухлина» виявилася не чим іншим, як забутою через лікарський недогляд у тілі хворого серветкою, що її організм через багато років вирішив відторгнути!

Хворий, який раніше вихваляв професора Углова, дізнавшись про походження своєї пухлини, був украй обурений і невдоволений.

Згодом вдалося дізнатися, що син хворого навіть намагався розшукати в ленінградській клініці професора, який колись оперував його батька, але той уже вийшов на пенсію — у віці 90 років.

Та за законом парних випадків за кілька років історія повторилася. У клініку надійшов хворий з підозрою на периферичний рак верхньої частки лівої легені. Це був чоловік 45 років, курець (він викурював дві пачки сигарет на день) і чарколюб. Про таких кажуть: класичний представник групи високого ризику із захворюваності на рак легень. У таких людей рак легені розвивається у двадцять разів частіше, ніж у популяції некурців.

Отож поява пухлини в лівій легені під час флюорографії одразу насторожила онкологів і спрямувала їхню думку на діагноз — рак легені.

Цього хворого консультував і Володимир Петрович, коли приймав у поліклініці. Оглянувши флюорограми і рентгенограми легень хворого за кілька попередніх років, він виявив, що пухлина була вже помітна три роки тому, але чомусь на неї не звернули уваги в районній лікарні. До того ж вона практично не збільшувалася в розмірах.

Роздягнувши хворого до пояса, щоб прослухати легені фонендоскопом, Володимир Петрович побачив на шкірі грудної клітки ліворуч великий рубець сантиметрів двадцять завдовжки, що проліг від соска до пахви.

— Звідки у вас цей рубець? — спитав хворого.

— Та це чотири роки тому мені зашивали поранення серця, — неохоче відповів хворий. Мабуть, йому були неприємно згадувати цю подію.

Володимир Петрович взяв цю інформацію до відома, сподіваючись, що вона згодиться. Виявилось, що чотири роки тому, посварившись із товаришем словесно, перейшли до з'ясування стосунків фізично,

і той, як аргумент, використав ніж. Ударивши в грудну клітку один раз і побачивши, що його суперник упав на землю, той утік. Випадкові перехожі, побачивши людину в калюжі крові, викликали швидку, яка й відвезла пораненого до районної лікарні практично без тиску і пульсу. Там йому терміново почали переливати розчини, швидко визначили групу крові. Став промацуватися пульс і підвищився тиск. Це означало, що не все ще втрачено. Адже йшлося про поранення грудної клітки і, судячи з важкого стану пораненого, найпевніше ніж дістав до серця. Терміново санавіацією викликали з Харкова хірурга з великим досвідом лікування поранень грудної клітки.

Місцеві лікарі нервували, кожна хвилина зволікання в такій ситуації могла коштувати пораненому життя.

Через годину санавіацією доставили хірурга, добре знаного всіма Олега Бубнова. А вже за десять хвилин Олег розкрив грудну клітку чоловіка на боці поранення і визначив діагноз — проникаюче поранення серця. На щастя пацієнта, після розкриття перикарду хірург виявив, що рана в серці не надто глибока — до одного сантиметра і з неї при кожному скороченні витікає невеликими порціями кров. Щоправда, кров була не насичена, а, як кажуть лікарі, «лакова» і дуже рідка. Адже потерпілому на цей час перелили вже кілька літрів розчинів і 500 мілілітрів крові.

Впевнено ушивши рану серця, Олег почав видаляти згустки крові з грудної клітки. Звичайно, після зупинення кровотечі напруга у хірургів спала. Анестезіолог доповідав, що артеріальний тиск почав поступово стабілізуватися. Це тішило всіх учасників операції. Попри те, що була пізня ніч і всі неабияк втомилися

від пережитих подій, Олег жартував і професійно виконував свою роботу. Закінчивши операцію, почекавши деякий час і переконавшись, що стан хворого стабільний, Олег Бубнов поїхав у Харків.

Хворого було врятовано. Рана зажила швидко, і через сім днів його було переведено до терапевтичного відділення під спостереження лікаря-кардіолога.

Ось таку історію розповів Володимир Петрович лікар з ЦРБ, який привіз хворого. Насамкінець він навіть поспівчував пацієнтові:

— Мало ножового поранення, так треба було ще й ракові причепитися!

Після отриманої інформація Володимир Петрович вже не був такий упевнений у первинному діагнозі, бо після розкриття грудної клітки і кровотечі там могли залишитися згустки крові або рідина, які, осумкувавшись, могли дати тінь на рентгенограмі. Але колеги переконали його в доцільності операції.

Операцію виконував завідувач торакального відділення Костянтин Юрійович. Розкривши грудну клітку ліворуч, почав виконувати ревізію легені, шукаючи пухлину. Проте, під час ретельного огляду і пальпації легені в місці передбачуваної пухлини нічого не виявив. І тільки поряд з легенею хірург намацав ущільнення діаметром до трьох сантиметрів. Утворення прилягало впритул до серця. Дуже обережно хірург виділив його, припускаючи, що це може бути пухлина середостіння, і видалив її з грудної порожнини.

Лікарі, які стояли поруч з хірургом, з нетерпінням чекали, коли вони зможуть вивчити видалений препарат. Нарешті ця мить настала. Адже було не зрозуміло, чому не вдалося знайти пухлину в легені, там де її ні-

бито було видно на рентгенограмах, і якого характеру пухлина, знайдена в середостінні?

Взявши до рук видалений препарат, Володимир Петрович пиляльним рухом скальпеля спробував розігнути пухлину. Проте в центрі пухлини скальпель наштовхнувся на якусь щільну перешкоду. Коли ж акуратно розрізав препарат на дві частини, всі відразу зрозуміли, що то за «пухлина». Авжеж, це була велика серветка, згорнута в кульку!

Завжди наприкінці операції медсестра перелічує інструменти і серветки, які використовувалися, і тільки після цього дає хірургові дозвіл зашивати рану. Можливо, в метушні під час першої операції кулька-серветка зіскочила із затискача і, просочена кров'ю, залишилася ніким не поміченою в грудній порожнині. Кульки ж не рахують, бо їх використовується багато і подають їх разом із затискачем.

Хворий швидко йшов на поправку і за тиждень був виписаний додому з одужанням, залишивши в пам'яті лікарів не зовсім гарні асоціації з уже відомими випадками діставання забутих під час попередніх операцій сторонніх тіл.

Проблема залишених сторонніх тіл стара, вона практично є ровесницею хірургії, адже в судовій медицині описуються випадки, коли хірурги забували в черевній порожнині затискачі завдовжки до 20 сантиметрів, лопатки Буяльського завбільшки як долоня. Зовсім неймовірним, але все-таки фактом є опис випадку залишеного у рані металевого пенсне хірурга, причому під час виконання апендектомії у хворого з ожирінням.

Описані випадки, на щастя, завершилися одужанням хворих, але не завжди результат буває таким.

Випадки з летальним результатом розбираються в судовому порядку і відповідальність несе хірург, який виконує операцію, і операційна медсестра. Тож завжди потрібно бути пильним і уважним, хоч яким би були душевне хвилювання і втома під час операції.

Хірурги торакального відділення і Володимир Петрович ще довго згадували ці випадки з «таємничими пухлинами», коли до них потрапляли хворі після торакальних операцій.

Погана прикмета

Народні прикмети бувають різні: добрі й погані, в них вірять, часто надають їм великого значення. Лікарі також забобонні, іноді вірять у прикмети. Одна з таких прикмет — це згорнутий матрац на ліжку, де раніше лежав хворий. Так, саме згорнутий. Якщо матрац просто лежить на ліжку і заправлений постільною білизною, це означає порожнє ліжко і скоро його займе новий пацієнт. Інша річ, коли матрац згорнутий — це, як правило, свідчить про те, що ще недавно тут лежав хворий і його не стало. На щастя, бувають винятки, як у нашій історії, про яку я хочу розповісти.

Ранок, до планерки, хірург Володимир Петрович поспішає до післяопераційної палати, щоб оглянути прооперованого напередодні важкого хворого з пухлиною легені. Була складна операція, під час якої довелося видалити всю ліву легеню. Зазвичай у першу добу після такої операції хворому дозволяють лише перевертатися з боку на бік та — іноді — обережно сісти в ліжку. Це пов'язано з тим, що у пацієнта болять рана, паморочиться голова, спостерігається підвищене серцебиття. Хворі часом бувають ейфоричні (збуджені), тож, не розуміючи складності перенесеної операції і не знаючи можливих ускладнень, порушують цей режим.

Післяопераційна палата розташовувалася на другому поверсі. Звечора в ній перебував тільки один хворий на прізвище Степаненко. Володимир Петрович рвучко відчинив двері до післяопераційної палати і став як укопаний. Палата була порожня, на реанімаційному ліжку, куди звечора поклали хворого Степаненка, тепер не було нікого, лежав тільки згорнутий матрац. Поряд стояла крапельниця. Медперсоналу теж не було. «Виходить, помер хворий, — промайнула тривожна думка в голові хірурга, — ось і з персоналу нікого немає, бо померлого відправили до моргу». Хірургам доводиться переживати такі стреси, але особливо тяжко — у випадках, коли з хворими стається це раптово.

Засмучений побаченням, Володимир Петрович попрямував до ординаторської, що містилася у відділенні грудної хірургії.

В ординаторській він побачив старого лікаря-хірурга Михайла Семеновича — той сидів за столом і, скупно кивнувши на його вітання, продовжував щось записувати. Судячи з настрою лікаря, веселуна й жартівника, Володимир Петрович зрозумів, що той уже знає про сумну подію. Трохи помовчавши, він спитав:

— Михайле Семеновичу, де історія хвороби Степаненка?

На що той, сумовито зітхнувши, відповів:

— Вона в мене, пишу посмертний епікриз.

Епікриз — такий обов'язковий запис в історії хвороби, де стисло описується, що відбувалося з хворим у лікувальній установі, починаючи з дня, коли він до неї потрапив, визначений діагноз, проведене лікування, у тому числі й операція, і, нарешті, розгорнутий

посмертний діагноз у разі смерті, включаючи і її причину. Якщо хворий після лікування виписується з лікарні, тоді у кінці просто пишеться остаточний діагноз хвороби і даються рекомендації. Посмертний епікриз написано, передбачувана причина смерті: гостра серцева недостатність, так і буває найчастіше. Остаточну причину смерті з'ясовує лікар-патологоанатом під час розтину тіла померлого.

Трохи помовчавши, лікарі зібралися йти у відділення на планерку, на якій черговий лікар доповідалиме про всі події нічної зміни. У цей час двері до ординаторської ледь прочинилися і на порозі з'явилася перев'язувальна медсестра Лариса Миколаївна.

— Будете дивитися на перев'язці прооперованого вчора хворого Степанека? — спитала вона лікарів.

Володимир Петрович схвильовано і здивовано подивився на свого колегу, який, напевно, ще більше був здивований почутим. Адже він уже встиг написати в історії хвороби — «посмертний епікриз»! Ця пауза тривала кілька секунд. Зберігаючи зовнішній спокій, Володимир Петрович сказав медсестрі, яка все ще стояла у дверях:

— Зараз ми прийдемо разом з Михайлом Семеновичем на перев'язку.

Коли двері за медсестрою зачинилися, обидва колеги радісно розреготалися! Адже з ними таке трапилося вперше. Треба ж такому статися, щоб на живого хворого написати посмертний епікриз! Лікарі швидко пішли до перев'язувальної. Там на перев'язувальному столі спокійнісінько лежав собі хворий Степаненко і, привітавшись з лікарями, трохи спантеличено поглядав на них. Так, це був хворий Степанеко — живісінький,

з пов'язкою на рані в ділянці грудної клітки. Сумніви у лікарів миттю розвіялися, сталося, певно, якесь дивне непорозуміння, що змусило хірургів хвилюватися через раптову втрату хворого.

Першим заговорив Михайло Семенович.

— Скажіть-но, будь ласка, — спитав з удаваною суворістю, — як ви опинилися на першому поверсі в другій палаті і хто вас туди перевів?

Хворий, злякавшись такого суворого тону лікаря, дещо плутано відповів:

— Та я, розумієте, вранці почувався добре... правда, трохи боліла рана... дуже закортіло покурити... Тож, коли медсестра вийшла з палати, я швидко одягнув піжаму, згорнув матрац і спустився на перший поверх, де в мене лежали сигарети в тумбочці. Покуривши, вирішив не повертатися до реанімації, бо рана почала нити, і ліг на своє ліжко, де лежав до операції.

Тепер уся пригода стала цілком зрозумілою. Але як же чергова медсестра з реанімації, чому вона не здійняла тривогу, адже зник хворий? Дізнання показало, що, прийшовши до реанімації, вона побачила на ліжку лише згорнутий матрац замість хворого Степаненка, тож вирішила, що медсестри з відділення, поки вона була відсутня, забрали хворого до спільної палати. Черговому лікареві медсестра передала історію хвороби, сказавши, що хворого вранці перевели до торакального відділення на перший поверх.

Хворого Степаненка після одужання виписали додому на восьмий день після операції, не сказавши йому про написаний на нього «посмертний епікриз», причиною якого став... згорнутий матрац. Після цього випадку Володимир Петрович, побачивши Михайла

Семеновича в ординаторській за заповненням документації, часто запитував:

— Що, знову посмертний епікриз пишете?

Михайло Семенович, лукаво посміхаючись, відповідав:

— Не личить лікарям бути такими забобонними!

P. S. Випадок самовільного пересування хворого після операції повторився ще раз, проте, мав трагічні наслідки, але про це трохи пізніше.

Сратальна кулька

Початок у цієї історії не провіщав жодної трагедії. Хлопчик Петрусь трьох з половиною років захворів, як це завжди буває з дітками його віку. У Петрика підвищилася температура тіла, з'явився легкий кашель. Але надалі стан дитини погіршився, хлопчик став млявим, утратив апетит, кашель посилювався, температура досягла високих цифр — 38 градусів. Батьки звернулися до дільничної лікарки-педіатрині, яка, оглянувши дитину і прослухавши легені фонендоскопом, діагностувала нижньочасткову пневмонію праворуч. Рентгенологічне дослідження легень не проводилося. Після призначеного лікування стан дитини покращився, хлопчик став активним, температура нормалізувалася.

Та вже за місяць у дитини повторно було діагностовано пневмонію, яка теж добре піддалася лікуванню.

Наближалось літо. Петрикові батьки планували оздоровити дитину на морі. Але хлопчик несподівано захворів, без видимих на те причин.

Лікарка, до якої батьки звернулися втретє, вже не так оптимістично оцінила обстановку і порекомендувала зробити хлопчикові рентгенографію легень, спостерігаючи втретє поспіль клініку правосторонньої пневмонії.

Призначене дослідження наступного дня провів дитячий рентгенолог, його висновок спантеличив усіх — і лікаря, і батьків дитини. Він був таким: нижньочасткова пневмонія правої легені з ателектазом (спадінням) частки, а далі зазначалося, що його причиною, напевно, стало стороннє тіло металевої щільності в проекції нижньочасткового бронха. Зазначено було навіть розмір цього предмета — чотири міліметри.

Отже, причину трьох повторюваних пневмоній таким чином з'ясували. Неясно було тільки одне: що робити далі? Батьки дитини розгубилися. Вони картали себе за те, що прогавили момент, коли дитина знайшла і вдихнула стороннє тіло.

Сторонні або чужорідні тіла в легенях — це велика і складна проблема в дитячій пульмонології, оскільки майже завжди перед лікарем постає нестандартне завдання, що не має наперед відомого рішення. Часто остаточним етапом лікування є операція. Сторонні тіла потрапляють у бронхи маленьких дітей віком від двох до п'яти років. Діти в цьому віці тільки починають пізнавати світ, цікавляться будовою іграшок та інших предметів, наприклад кулькових ручок, часто пробуючи їх на смак. У таких випадках дрібні деталі цих предметів можуть потрапляти не лише в шлунок, а іноді й у бронхи дитини. Це, як правило, металеві чи пластмасові елементи предметів. Також у бронхи може потрапляти насіння, яким іноді пригощають дітей.

Сторонні тіла під силою тяжіння потрапляють у нижньочасткові бронхи, закриваючи їхній просвіт. Поступово закритий сегмент легені починає спадатися, адже в нього не надходить повітря, розвивається ателектаз.

Часто сам момент попадання стороннього тіла у бронх може залишитися непоміченим, якщо поруч не було дорослих. Невеликий кашель проходить, дитина не скаржиться.

Поступово, за кілька днів, тижнів і навіть місяців у сегменті легені, що спався, розвивається запалення (пневмонія). З'являється температура, невеликий кашель, що й примушує батьків дитини звернутися до лікаря.

Гірша справа — з насінням! На рентгені видно тільки сегментарну пневмонію. Дитину довгий час лікують і лише іноді виконують бронхоскопію (огляд бронхів) для з'ясування причини запалення. У цьому випадку під час бронхоскопії знаходять стороннє тіло. Іноді його вдається захопити щипцями бронхоскопа і витягти. Це найсприятливіший результат.

У нашому випадку в дитини було точно встановлено наявність металевго стороннього тіла в нижньочастковому бронху правої легені. Педіатриня, яка лікувала хлопчика, направила його до фахівця, котрий вважався в області провідним хірургом з грудної хірургії. Цей хірург мав великий досвід у лікуванні пухлин легень і провів не одну сотню операцій.

У призначений день торакальний хірург оглянув дитину і дані його обстеження. Діагноз був ясний — металева кулька в нижньочастковому бронху, але як її звідти дістати? Напрошувалося найпростіше рішення: видалити кульку за допомогою бронхоскопа, оснащеного маленькими щипцями для захоплення шматочка пухлини при раку чи стороннього тіла.

Петрика поклали до лікарні разом з мамою. Наступного дня дитині було проведено бронхоскопію. Хірург Іван Дмитрович, який багато разів за свою прак-

тику проводив бронхоскопії у дорослих, трохи хвилювався, адже дослідження дитини не зовсім таке, як дорослого. У дітей усе значно менших розмірів: і трахея, і бронхи. Оглянувши трахею, лікар перемістив ендоскоп у правий головний бронх, а потім у нижньочастковий. Там, де й передбачалося, він побачив блискучу металеву кульку, яка неначе сиділа в гирлі нижньочасткового бронха, щільно прилягаючи до його країв. Узявши довгі щипці, хірург спробував трохи обійти кульку і захопити її з двох боків, але безуспішно. Під час стискання браншами щипців кулька легко вислизала і ще глибше заходила у бронх.

Іван Дмитрович хвилювався. Він ще кілька разів спробував захопити кульку, але та щоразу вислизала. Бронх почав кривавити. Стало зрозуміло, що у такий спосіб кульку не видалити. Бронхоскопію довелося припинити.

Але ж стороннє тіло треба видаляти неодмінно, бо його наявність у бронху призвела б до подальшого запалення в нижній частці, її повного ателектазу (спадіння) і повного пневмосклерозу. Залишалось тільки одне — операція. Мета операції — видалення кульки з бронха після його розтину. Це дуже складна і тонка операція, адже в дітей бронхи значно менші діаметром та й стінки їх тонші.

Дітей теж оперують, але операції на легенях з видалення сторонніх тіл виконуються нечасто і не вважаються стандартними, оскільки щоразу потребують ухвалення нових рішень. Так було і в нашому випадку. Після обговорення з батьками дитини цієї ситуації було отримано їхню згоду на операцію, адже іншого виходу не було.

Після кількох днів підготовки хлопчикові ще раз провели рентгенологічне дослідження легень, яке показало, що вся нижня частка правої легені спалася (в ателектазі) і не дихає, тому що металева кулька міцно засіла на своєму «старому» місці, в нижньочастковому бронху.

Настав день операції. Хірург планував знайти бронх, у якому застрягла кулька, розітнути його, дістати кульку, а потім зшити стінки розітнутого бронха.

На операційному столі хлопчика уклали на лівий бік, правою хворою легенею догори. Ввели в загальний наркоз. Хірурги розкрили грудну порожнину. Огляд легені показав, що нижня частка уся спалася і не дихає, під час пальпації щільна, тобто є ознаки тривалоного запалення. До місця, де кульку було видно на рентгені, підійти не вдавалося, тож хірург вирішив видаляти всю нефункціонуючу нижню частку разом з кулькою. Обережно виділив нижню частку, перев'язав судини, що йшли до неї, пересік бронх і дістав частку з грудної порожнини. Усі з великим хвилюванням чекали цієї миті, аби нарешті побачити злощасну кульку. І ось огляд видаленого препарату, ось нижньочастковий бронх, чому ж, усім на диво, кульки в ньому немає?! Хірург обережно розрізав бронх уздовж, сподіваючись знайти кульку нижче. Але й там її не виявилося. Він зрозумів: щось пішло не так. Де тепер шукає стороннє тіло?

До операційної, на вимогу хірурга, принесли бронхоскоп. Почався огляд бронхів. У правій легені кульки не виявилось. «Як і куди вона могла переміститися?» — напружено думав хірург. Адже вона була дуже щільно, як вбита, втиснута в просвіт нижньочастко-

вого бронха. Огляд лівої легені дав відповідь і на це питання. Кулька тепер була вже у верхньочастковому бронху лівої легені, щільно його закриваючи.

Можна лише уявити собі хвилювання хірурга в цей драматичний момент. Життя цього хлопчика зараз було в його руках. Але що робити в такій незнайомій і ніким раніше не описаній ситуації? Адже у будь-якому разі стороннє тіло потрібно видаляти з бронхів. Порадитися не було з ким. Трохи заспокоївшись, хірург вирішив іти на торакотомію ліворуч.

Хвору дитину перевернули, тепер вже на правий бік і розкрили грудну клітку ліворуч, сподіваючись витягнути кульку з верхньочасткового бронха.

Хірург, хвилюючись, почав пальпувати бронхи лівої легені. Ось головний бронх: він м'який, еластичний, від нього відходять верхньочастковий і нижньочастковий бронхи.

Але під час пальпації верхньочасткового бронха, там, де кульку бачили востаннє, хірург чомусь не відчув стороннього тіла... «Де ж вона поділася, ця невловима кулька?» — знову, сантиметр за сантиметром промацуючи бронхи, але не знаходячи її, думав хірург. Адже дитині завдано важкої травми: дві торакотомії, видалення нижньої частки правої легені і все поки що марно. Якась лиха година!

Хірург і анестезіолог у відчаї вирішують ще раз оглянути бронхи за допомогою бронхоскопа. Дитину поклали на спину. Бронхоскоп увели в трахею, а потім у лівий головний бронх, огляд показав: кульки ніде немає. Огляд правого головного бронха — на глибокий подив хірурга кулька виявилася в гирлі верхньочасткового бронха, повністю його закриваючи. Отже,

хлопчик дихав практично однією лівою легенею, адже верхньочастковий бронх праворуч був закритий, а нижню частку видалено. Залишалася лише невелика середня частка, яка ще дихала.

Хірург розумів, що подальші спроби «спіймати кульку» можуть виявитися такими ж невдалими, як і дві попередні. Його охопило важке відчуття безпорадності перед лихим жартом природи. Операція тривала вже п'ять годин, розкрито грудну клітку дитини з двох боків — і все марно. Хірург вирішив припинити операцію. Після ушивання всіх ран хлопчика зняли з операційного столу і перевезли до реанімації.

Безрезультатна важка операція, а головне, як бути далі? Ніхто не міг подумати, що вже за кілька годин ця драматична історія добіжить свого кінця. Йшла третя година після операції, дитина дихала сама, тому інтубаційну трубку з трахеї було витягнуто. Аж раптом за кілька хвилин стан хлопчика різко погіршився, з'явилася задишка, почастишав пульс, різко підвищився артеріальний тиск. Колір шкіри став синюшним. Гіпоксія (брак кисню в крові) швидко наростала. Черговий анестезіолог негайно заінтубував Петрика і знову перевів його на штучну вентиляцію легень. На жаль, це не допомогло. Настала зупинка серця. Усі подальші заходи запустити його не дали ефекту, настала смерть.

Результати розтину померлого хлопчика показали, що причиною смерті стала та сама металева кулька, яка, знову перемістившись із правої легені, застрягла вже в лівому головному бронху, викликавши гостру дихальну недостатність. Кулька виявилася фатальною в долі дитини.

Р. С. Не обговорюючи переживання хірурга, який оперував хлопчика, і страждання батьків, усе ж хотілося з'ясувати ті чинники, які призвели до розвитку цієї драми.

По-перше, чому раніше фіксована кулька так легко почала перекочуватися бронхами? Можливо, після введення ліків, що розслабляють мускулатуру (міорелаксантів) перед інтубацією трахеї, бронх, у якому застрягла кулька, розширився, і вона почала вільно рухатися.

По-друге, чинник, який міг зіграти певну роль, це поворот хворого на здоровий бік. Кулька перекочувалася під силою тяжіння в ліву легеню, а потім, коли перевернули ще раз — у праву.

Чому так несподівано настала смерть? Швидше за все, кулька, яка раніше вільно проходила через лівий бронх, могла застрягнути, адже штучної вентиляції легень уже не було.

Можливо, в таких випадках, коли існує небезпека міграції стороннього тіла бронхами, потрібно оперувати хворих у положенні на животі, доступом ззаду. Це може запобігти переміщенню стороннього тіла під час операції і дасть можливість відразу підійти до бронха. Так, зазвичай, раніше оперували хворих з гнійними захворюваннями легень, аби гній не затікав у протилежну легеню.

Вдих - видих

Дихання — невід’ємна частина життєдіяльності людини, від першого вдиху при народженні людини аж до самої смерті.

Щохвилини людина робить від 16 до 20 подихів і так усе життя. Здорові не знають ціни повітря, і тільки захворівши, розуміють, яке то щастя — зробити глибокий вдих і вдосталь надихатися ним. Бронхіальна астма — захворювання, на яке слабують мільйони жителів планети. Причини цієї хвороби до кінця не вивчені, утім її симптоми відомі лікарям уже багато віків. Людина не може зробити повний видих і, як тест для діагностики, — не може задути палаючу свічку.

Хворіють усі, не лише літні люди, але часто діти, які ще не зазнали шкідливого впливу зовнішнього світу.

Випадок, що про нього я хочу розповісти, стався з 27-річною жінкою, яка від самого дитинства хворіла на бронхіальну астму. Напади задухи повторювалися практично щодня, лікування проводилося всіма доступними препаратами, зокрема й останні три роки, застосовувалися гормони для зняття нападів.

До наявної проблеми несподівано додалася ще одна. Під час планового флюорографічного дослідження у хворої було виявлено округлу тінь у правій легені, що раніше не визначалася.

Провівши рентгенографію легень (комп'ютерної томографії на той час ще не було), виявили у верхній частці правої легені пухлину округлої форми без чітких меж. Лікарі не могли бути цілком певними в її оцінці: доброякісна вона чи рак? Проводити пункцію легені вони боялися, адже це — великий ризик для пацієнтів з астмою.

Постало питання, що робити — оперувати хвору чи спостерігати? Катя (так звали хвору), дізнавшись про все, вирішила боротися за своє життя, адже мала п'ятирічну донечку. Лікар вважав за потрібне робити операцію, пацієнтка погодилася з його думкою, готова здолати усі труднощі на небезпечному шляху такого лікування. Оперувати за наявності бронхіальної астми — надзвичайно високий ризик навіть при апендектомії, не кажучи вже про операцію на легенях, які й без того нездорові.

Хвору оглянув анестезіолог Віктор Іванович, який не раз проводив наркоз під час складних операцій на легенях. Проаналізувавши все, він написав, що операція пов'язана з дуже високим ризиком важких ускладнень, у вигляді дихальної недостатності, але оперувати дозволив. Про всі варіанти ускладнень розповіли хворій, і навіть про можливість найгіршого результату. Близьких родичів Катя не мало. Чоловік покинув жінку давно, дізнавшись про її важку хворобу. Тому рішення хвора приймала сама: на операцію згодна.

У день операції хвилювалися всі. Але по-різному. Хвора тривожилася за своє життя. На неї, самотню матір, чекало важке випробування — складна операція з непередбачуваним результатом. І як кожна мати,

вона насамперед думала про свою дитину, що чекає на неї, якщо раптом мами не стане.

Лікарі перед операцією хвилювалися по-своєму, професійно. Анестезіолога непокоїло, як протікатиме наркоз у хворої з астмою, які препарати їй краще вводити, і як вона виходитиме з наркозу? Хірург думав про інше: що він знайде в легені під час операції — рак чи доброякісну пухлину, адже від цього залежить об'єм частини легені, що видалятиметься, а для хворої з бронхіальною астмою це дуже важливий чинник.

Віктор Іванович заінтубував хвору, ввів у наркоз. Усе йшло добре, незважаючи на великі побоювання. Хірург виконав розріз і розкрив грудну клітку праворуч. Огляд і пальпація легені — ревізія хворого органу, показала, що пухлина більше схожа на доброякісну. Нагадаю, що через бронхіальну астму біопсія з пухлини легені не проводилася. Хірург акуратно, «прецизійно» виділив пухлину завбільшки до трьох сантиметрів діаметром і дістав її з грудної клітки. Відтак поклав на серветку, акуратно розітнув пухлину скальпелем і побачив, що вона за всіма ознаками схожа на гамартому. Назва гамартома перекладається як «гамартія» — помилка природи. Інакше кажучи, це тканина, що заблукала, потрапивши до іншого органу не за адресою на найперших етапах формування плода. Хірург і всі присутні в операційній полегшено зітхнули. З метою уточнення препарат віднесли до патанатомічної лабораторії для термінового гістологічного дослідження. Діагноз гамартома було підтверджено.

Залишалося ушити в легені рану, місце, де була пухлина, поставити дренаж і ушити рану грудної клітки. Це було зроблено швидко за давно відпрацьова-

ною методикою. Настрій у всіх був добрий. Пов'язка на рану — і ось хвора вже в реанімації. Через дві години хвору від'єднали від апарата і екстубіювали. Вона розплющила очі і найперше, що сказала після операції — слова вдячності лікарям. Хірург Володимир Петрович, який оперував хвору, кілька разів оглянув її і, переконавшись, що з пацієнткою все гаразд, пішов додому.

Здавалося, було досягнуто хай невеликої, але перемоги. Анестезіологам і хірургам вдалося виконати операцію у такої складної хворої. Адже провести операцію у хворої з патологією легень — ще тільки половина успіху. До повного одужання ще дуже далеко.

Перша післяопераційна доба минула без ускладнень. Нападів астми не було, хвора розмовляла, сідала в ліжку. Єдине, що її турбувало: біль у рані. На знімку легень, зробленому переносним рентгенапаратом, було видно, що права легеня розправилася і про операцію нагадувала лише пов'язка на грудній клітці. Другий день так само минув добре. На третій день вранці у хворої з'явилася невелика задишка, тож було підведено кисень через тоненьку трубочку, яку вставили в носовий хід. Хворій стало легше. Підстав для занепокоєння не було, Можливо, це додалася пневмонія. Так вважав черговий лікар-анестезіолог.

У хірурга, який оперував, виникло занепокоєння, а надто, коли він оглянув хвору і послухав фонендоскопом, як дихають легені. Його насторожило те, що права легеня дихала гірше, особливо у верхній частині, звідки видаляли пухлину. Вирішили зробити рентгенографію легень. На знімку побачили, що верхня частка праворуч частково спалася.

Недобре передчуття пробудилося в ньому, хоча ніби й хвилюватися не було особливих підстав, адже в плевральній порожнині все ще стояли дренажі й легень могла поступово розправитися, так часто буває. Але ж тут легень була вже розпрямлена і раптом почала спадатися на третій день після операції, ось чому хворій стало важче дихати.

Постало питання, що робити? Оперувати повторно — розпрямити легеню чи спостерігати далі. І перше і друге не гарантувало доброго результату. Та й Катя на повторну операцію не була згодна.

Порадившись з анестезіологом і завідувачем відділення Костянтином Юрієвичем, вирішили пацієнтку спостерігати до наступного дня.

Наступного дня хворій стало ще гірше, уся права легень спалася. Точна причина ателектазу була невідома. Тож вибору не було, вирішили оперувати.

Треба зазначити, що повторні операції в ранньому періоді завжди неприємні для хірурга. Це, по-перше, наслідок якихось ускладнень, по-друге, стан хворого гірший, ніж перед першою операцією і, нарешті, по-третє, це те, що доводиться знову знімати шви, розрізати ледве зрощену рану.

Швидко знято шви, розсунено краї рани. Хірург побачив легеню, що спалася, завбільшки як кулак, ниткоподібні свіжі спайки, що йшли до неї, і трохи рідини. Місце, звідки видалялася пухлина, було герметичним, повітря між швів не просочувалося.

Почали роздмухувати легеню, що спалася. Анестезіолог заходився збільшувати об'єм вентильованого повітря. Легень почала поступово роздуватися, ставати легкою і рожевіти. Усе йшло за планом, і раптом, коли

легеня майже повністю зайняла об'єм плевральної порожнини, анестезіолог повідомив, що немає видиху. Повітря з бронхіального дерева назад не виходило. Це свідчило про те, що у хворої настав спазм бронхів і почався напад бронхіальної астми. Анестезіолог почав вводити препарати, що знімають спазм бронхів, але ефекту не дістав. Легеня й далі збільшувалася з кожним вдихом. Бачачи, що ця терапія не ефективна, анестезіолог увів великі дози гормональних препаратів, якими знімають напад бронхіальної астми, поглибив наркоз.

Незважаючи на лікування астматичного статусу і штучної вентиляції легень поліпшення не відзначалося. В операційній запала тривожна тиша. Введено все необхідне, але легеня продовжує збільшуватися під час кожного вдиху. Як наслідок гіпоксії, став наростати артеріальний тиск, частота серцевих скорочень зросла до 120 на хвилину. Анестезіолог розгубився. Ще кілька хвилин — і почнеться брадикардія (уповільнення серцевого ритму), падіння тиску, а потім... потім настане зупинка серця.

У цю мить хірург, який оперував хвору, кинув погляд на її обличчя — шкіра на ньому була темно-синього кольору. Він зрозумів, що на роздуми часу не залишилося, але що робити в такій ситуації, ніхто не знав. Аж раптом Володимир Петрович узяв роздуту легеню, яка вже помітно виступала з операційної рани, і почав повільно стискати її у той момент, коли апарат робив видих. Відбувалась описувана подія давно, за часів, коли використовувалися дихальні апарати РО-5 зі скляним ковпаком, крізь який було видно, як працює дихальний мішок. Повітря трохи вийшло з легені. Хірург зробив це ще раз.

— Вітю! — гукнув він анестезіологу. — Перейди на дихальний мішок і роби вдих за мою команду.

Анестезіолог робив вдих мішком, хірург рівномірно стискав роздуту легеню. Виходив вдих і, головне, видих! Так і продовжували кілька хвилин: вдих мішком — видих руками. Тиск нормалізувався, пульс став рідшим, шкіра на обличчі хворої порожевіла. Смерть відступила.

Анестезіолог під'єднав дихальний апарат, і РО-5 мірно запрацював, злегка поклацуючи і поскрипуючи.

Усе це тривало кілька хвилин, та цього часу було цілком досить, щоб у хворої загинув головний мозок від гіпоксії або зупинилося серце.

Хвора під наркозом нічого й не пам'ятає, зате такі миті не проходять безслідно і залишаються в пам'яті хірурга на все життя. Тому хірурги набагато частіше помирають від інфарктів, ніж лікарі інших спеціальностей.

З операційної хвору доправили до реанімації. Екстубіювали не відразу — боялися повторення нападу бронхіальної астми. Кілька днів хірург, який оперував пацієнтку, чекав повторення ателектазу, але все пройшло на диво гладко. Легеня розправилася, рана на грудній клітці зажила. Нападів астми не було. Добре полікували, а допоміг «вдих — видих» і Господь Бог.

P.S. Через п'ятнадцять років після описаного випадку лікар-анестезіолог Віктор Іванович прийняв сан священника.

Лікар – пацієнт

Існує думка, що лікарі хворіють рідко або взагалі не хворіють. На жаль, вона хибна, лікарі хворіють так само, як і всі інші люди. Вони першими стикаються з епідеміями інфекційних захворювань, працюючи в їхніх вогнищах. Хто скаже, скільки лікарів загинуло під час епідемій віспи, холери, чуми та інших захворювань? Навіть звичайні хвороби протікають у них важче, ніж у інших пацієнтів. У лікарському середовищі є вислів «медичний випадок хвороби». Такі захворювання, як апендицит або грижа, у них можуть також протікати важче і з ускладненнями. Про один такий випадок я хочу розповісти читачам.

Якось лікар-анестезіолог, завідувач відділення, виявив у себе в паху м'яке утворення завбільшки з куряче яйце, яке, якщо на нього натиснути, поступово зменшувалося в розмірах. І навпаки, під час фізичного навантаження грізно роздувалося і навіть починало боліти. Григорій Ілліч, який за свою медичну практику бачив багато хворих і проводив їм наркоз під час операцій, легко діагностував у себе пахвинну грижу. Він знав: якщо вчасно не прооперувати утворення, воно стане пахвинно-мошонковим та ще, чого доброго, й защемиться.

Поспілкувавшись із хірургами своєї лікарні, які здебільшого оперували хворих з приводу раку,

виконуючи при цьому дуже великі операції, він вирішив оперуватися в рідній клініці. Хіба складно хірургові, який оперує рак шлунка чи товстої кишки, зробити грижосічення?

Так думали Григорій Ілліч і хірург, який погодився зробити зовсім не складну операцію. Проте, в кожній операції є свої особливості, які пізнаються з досвідом.

Настав призначений день операції. На операційному столі лікар, та ще й завідувач анестезіології! Усі зосереджені, адже медикам добре відомо про можливі «медичні варіанти». Та ось дано легкий наркоз, хворий спить, але дихає сам. Хірург разом з асистентом зробив неспішно цю насправді нескладну операцію — грижосічення — з подальшою пластикою. Хворого помістили до реанімаційної палати, де він мав остаточно прокинутися після операції. Як правило, після такої операції хворі підводяться з ліжка тільки наступного дня, а раніше взагалі не дозволялося вставати п'ять днів, через загрозу розходження зшитих тканин.

Володимир Петрович, який працював лікарем у цій лікарні, знав про майбутню операцію і трохи хвилювався за свого колегу. Адже скільки несподіванок таїть наркоз і сама операція, та ще пацієнт сам лікар. Він вирішив відвідати Григорія Ілліча і, прихопивши з собою пляшку мінеральної води для хворого, пішов у реанімацію. Після таких операцій хворим дозволяють пити тільки надвечір та й то потроху. А після операції минуло всього дві години. Зайшовши до реанімаційної палати, Володимир Петрович зупинився здивований: ліжка було порожнє. «Певно, сталося

щось», — подумав він. Зазирнувши до сусідньої кімнати, побачив медсестру, яка неспішно вклеювала аналізи до історії хвороби.

— Когось шукаєте? — поцікавилася спокійно.

— А де Григорій Ілліч? — з тривогою в голосі запитав Володимир Петрович.

— Його вже немає в реанімації, — так само спокійно відповіла медсестра, — він у своєму кабінеті.

Не розуміючи, що могло статися, Володимир Петрович попрямував до кабінету завідувача анестезіологічного відділення. Рвучко відчинивши двері, він приголомшено зупинився, побачивши дуже незвичайну картину. У кімнаті було повно лікарів-хірургів, які щільно сиділи навколо письмового столу, на якому стояла почата пляшка коньяку і лежала така-сяка закуска. Найбільше ж здивувало Володимира Петровича те, що за столом у кутку сидів сам винуватець цього зібрання — Григорій Ілліч! Подивившись на відвідувача і, напевно, зрозумівши його здивування, він, весело привітавшись, сказав:

— Володимире Петровичу, приєднуйся до нас, відзначимо мою операцію, щоб рана швидше гоїлася!

Хвилюк помовчавши, Володимир Петрович, який і далі стояв у дверях з пляшкою мінеральної води, промовив:

— А чи не зарано ви встали, Григорію Іллічу?

— Зовсім не рано, швидше заживе! — відповів той підозріло бадьорим голосом.

Володимир Петрович, розділивши радість приятеля з приводу ушитої грижі, через деякий час пішов до свого кабінету, а його колеги ще довго бажали пацієнтові швидкого одужання.

Але лікар-пацієнт, мабуть, після перенесеного стресу, очікування і самої операції та радіючи її щасливому закінченню, явно перебував у стані ейфорії і збудження. Тож, коли друзі почали розходитися, попросив:

— Викличте-но мені таксі, поїду до себе додому, вдома, кажуть, і стіни лікують.

Не зважаючи на поради колег цього не робити, на поліг на своєму. Він же завідувач відділення!

— Завтра о 8:30 буду на роботі, — пообіцяв на прощання.

Сівши в таксі, Григорій Ілліч хвацько скомандував водієві, куди їхати. За якісь пів години він був уже вдома.

Але саме тоді й почав спрацьовувати цей самий «медичний випадок». Раптом з'явився ниючий біль у рані, спершу стерпний, але потім він став поступово наростати. Тим часом мозок хворого дещо прояснився, ейфорія минула, треба б зробити знеболювальний наркотик, та де його візьмеш? Вжиті знеболювальні в пігулках не допомагали.

Розуміючи, що щось пішло не так, Григорій Ілліч вирішив обережно рукою пропальпувати пов'язку. Та тільки-но рука торкнулася пов'язки, як він злякано відсмикнув її: пов'язка була мокра і вся просякнута кров'ю. Але найбільше його налякало те, що з-під пов'язки випиналась якась пухлина.

«Кровотеча, ще й, напевно, шви розійшлися, — подумав він, — правду казав Володимир Петрович, попереджаючи про несвоєчасну активність».

Час уже наближався до півночі. Наш пацієнт викликав таксі й поспішив у лікарню, боячись, що черговий охоронець замкне вхідні двері і ляже відпочивати,

тоді до нього не достукаєшся. Діставшись до реанімації, Григорій Ілліч викликав чергового хірурга, а той, оглянувши його, відразу наказав готувати операційну. І ось лікар-пацієнт знову на операційному столі. Наркоз. Огляд рани. Зупинення кровотечі з підшкірної жирової клітковини. Попередньо хірург видалив з рани близько 300 мілілітрів згорнутої крові.

Хворого після операції перевезли до реанімації, де він і перебув цю ніч.

Лікарі-анестезіологи, прийшовши вранці на роботу, спершу здивувалися, що їхній пунктуальний шеф так рано вже на місці, але дізнавшись про його нічну пригоду, тільки мовчки поспівчували колезі.

Рана швидко гоїлася. За два дні Григорій Ілліч почав обережненько вставати з ліжка і ходити по палаті. Шви зняли на восьмий день.

Але на цьому історія з грижею не закінчилася і мала неприємне продовження.

Від описаних подій минуло два місяці, у Григорія Ілліча з'явилися болі в місці післяопераційного рубця в пахвинній ділянці, які ставали дедалі відчутнішими наприкінці дня. При цьому болів нижній край рубця. А найнеприємніше те, що в ділянці мошонки почав з'являтися набряк. Хірург, який робив операцію, на своє виправдання посилався на післяопераційну гематому і утворення рубця в ділянці сім'яного канатика.

Стосунки між хірургом і лікарем-пацієнтом погіршали. Біль дедалі частіше турбував Григорія Ілліча і відтепер почав з'являтися й ночами. Колеги порадили йому звернутися до урологів. Фаховий вердикт був такий: утиск сім'яного канатика, варикоцеле (водянка яєчка), розширення вен правого яєчка.

Причина — надмірне звуження пахового кільця під час пластики після розтинання грижи. Будь-який хірург, що спеціалізується на пахвинних грижах, знає, що це важливий етап операції. Якщо кільце залишити завеликим, виникне рецидив грижі. Якщо надто звужити — буде утиск сім'яного канатика. Для цього є навіть своєрідний еталон: вважають, що пахове кільце має пропускати кінчик мізинця. Усе просто. Але, очевидно, хірург, який оперував грижу Григорію Іллічу, знехтував цим правилом чи просто забув про нього, адже він був хірург-онколог. Кожен лікар має бути професіоналом у своїй справі.

У Григорія Ілліча вибору не було: виникла гостра потреба у повторному хірургічному втручанні. Інакше біль у паху лише наростатиме, а утиск канатика згодом призведе до атрофії яєчка і розвитку розширення вен яєчка. Розуміючи серйозність невтішного прогнозу, Григорій Ілліч дав згоду на повторну операцію, яку йому блискуче виконали в спеціалізованому урологічному центрі. Цього разу він дотримувався припису лікаря. Тут він був просто пацієнт, і, як показує досвід, так воно краще.



**Харківський національний медичний університет,
головний корпус. Alma mater.**



**Студенти-одногрупники першого курсу
Харківського медичного інституту 1969 р.
Зліва направо: Микола Головка, Олександр Осінній,
Григорій Персань, Володимир Старіков.**



Володимир Старіков – студент другого курсу, який мріяв про велику хірургію.



**Мої перші колеги та наставники
в Сумському обласному онкологічному диспансері.
Зліва направо: автор, Саєнко А. Д., Солодченко М. І.**



Мрія збулась. Важка операція на стравоході.



В операційній автор та його колеги-хірурги та анестезіолог.



Співробітники кафедри онкології ХНМУ (2012 р.).

Перший ряд: професор Міхановський О. А., професор Старіков В. І.

*Другий ряд: клінічний ординатор, професор Мужичук О.В.,
доценти – Білий О. М., Трунов Г. В., Сенніков І. А., Ходак А.С.*



Лекція з онкології для студентів 5 курсу.



Мої студенти.



**Зустріч на з'їзді онкологів у Києві з колегами з міста Суми.
Зліва направо: Андрющенко В. В., Сельчук В. Ю., Саєнко А. Д.,
Старіков В. І., Конанихін В. І.**



Відомі науковці-онкологи України.

*Зліва направо: автор, Паламарчук І. Д., Попович О. Ю.,
Бондар Г. В., Єфетов В. М., Чорний В. О.
Стоять: Солдак І. І., Думанський Ю. В., Коссе В. А.*



**Завідувачі кафедр онкології України.
Автор у першому ряду, перший праворуч.**



Урочисте засідання

Харківського наукового товариства онкологів (2012 р.).

*Перший ряд: Ткаченко Г. І., Кононенко О. К., Васильєв Л. Я.,
Єфімова Г. С. (секретарка), Старіков В. І. (голова),
Горбунова-Рубан С. О., Дудніченко О. С., Місюра І. І.*



Співробітники Харківського онкологічного диспансера та кафедри онкології.

*Сидять: Майборода К. Ю., Денисенко В. В.
Стоять: Рябушенко В. О., професор Павлова Т. Д.,
професор Старіков В. І., Вакуленко С. О.*



Співробітники кафедри онкології та торакального відділення онкодиспансера (2017 р.).

Сидять: Заболотна Н. Г. (старша медична сестра), Майборода К. Ю. (завідувач відділення), професор Старіков В. І., Бондарева Л. М. (перев'язувальна медична сестра).



Сорок років разом.

Зліва направо: Майборода К. Ю., професор Старіков В. І., доцент Трунов Г. В.

Новітрянна емболія

Була тепла травнева днина. Пригрівало сонце, у лісопарку поряд з лікарнею співали солов'ї, розпускався петровський дуб.

На душі у Володимира Петровича було легко, радісно і спокійно. Сьогодні не операційний день — невеликий перепочинок від важких і тривалих операцій, які він робить ось уже скільки років. А ще очікувалася приємна подія — виписувався додому хворий Першин, якому два тижні тому Володимир Петрович провів велику операцію з приводу раку стравоходу. Це була не перша така операція. За багато років роботи він виконав їх десятки, а можливо, й сотні. Але щоразу, коли виписується хворий після такої складної операції, хірург відчуває справжню втіху і віру у свої знання і вміння оперувати.

Рак стравоходу — підступна і важка хвороба, яка тривалий час нічим не проявляється і тільки поява ускладненого проходження їжі (дисфагія) вказує на цю страшну недугу. Зростання пухлини призводить до повної непрохідності стравоходу. Зрештою, не проходить навіть вода, а це цілковите голодування. Потрібно вживати термінових заходів. Хворі, у яких не проходить їжа, зазнають не лише фізичних, а й моральних страждань. Такі хворі часто їдять уві сні, але

прокидаючись, змушені повертатися до сумної реальності.

Є ще одна обтяжуюча обставина у цієї хвороби — розташування самого стравоходу з пухлиною. Природа розмістила стравохід у грудній клітці за серцем, а поруч розташувала аорту, яка супроводжує його до черевної порожнини. І прилягають вони одне до одного інтимно близько, як двоє закоханих. Збоку стравохід прикритий легенею та її численними судинами.

Хворий Першин, про якого мовиться, потрапив до лікарні з майже цілковитою непрохідністю стравоходу. Він міг харчуватися тільки ріденьким супом і маленькими ковтками пити воду. Якщо ж їв хліб або м'ясо, весь час давився.

Хворий був виснажений. Його піджак і штани теліпалися на ньому, ніби вони на два-три розміри більші, ніж треба. Та й зі слів чоловіка, він схуднув кілограмів на п'ятнадцять за три місяці. Загалом, на такого хворого чекала важка за травматичністю і тривала за часом операція. Під час такої операції видаляють стравохід з пухлиною через розріз грудної клітки, а замість нього підтягують шлунок з черевної порожнини, заздалегідь мобілізувавши його, накладають анастомоз між залишком стравоходу і шлунком.

Після передопераційної підготовки Першину було зроблено саме таку операцію. Вона тривала шість годин. Бригада хірургів на чолі з Володимиром Петровичем весь цей час виконувала складні маніпуляції зі стравоходом, аортою, судинами легені. Це все проводилося на живій людині на її органах, судинах і нервах, але пацієнт був у наркотичному сні, тож нічого не відчував. Водночас хірурги перебували в постійній

напрузі. Адже операція — це надточна робота і помилка може забрати життя хворого. Роботу хірурга можна, у цьому випадку, порівняти з роботою сапера, який може припуститися лише однієї, при цьому останньої помилки. Відмінність тільки в тому, що, в даному разі, загине сам сапер. Хірург залишається жити, але такі випадки назавжди закарбовуються в чорному досьє його пам'яті.

Першин переніс операцію. Його було переведено з операційної до реанімації з багатьма трубками, що стриміли з грудної й черевної порожнини, під ключицею стояв внутрішньовенний катетер, з носа виходив зонд. На грудній клітці й черевній стінці — пов'язки, що закривали рани. Шість діб хворому не давали їсти й пити. Усі розчини вводилися у вену. Після операції — це друге випробування. За цей час усе зшите має зростися, а найголовніше — анастомоз між стравоходом і шлунком.

На сьомий день настає момент істини, уточнюють, чи зрісся анастомоз. Хворий мусить, стоячи за екраном рентгенапарата, випити барій — контрастну речовину, яку йому дають. Хворий робить декілька ковтків, а на екрані лікар спостерігає цікаву картину: видно, як барій проходить залишком стравоходу, потім трохи затримується в місці анастомозу (звуження) і тоненькою цівкою потрапляє в шлунок. Це і є найголовніше місце — анастомоз. Барій у шлунку, анастомоз цілий і барій не вийшов за межі швів, тож у хірургів, які, як правило, разом з рентгенологом проводять це дослідження, нарешті дещо спадає нервове напруження.

Так було і в нашому випадку. Все гаразд. Хворому дозволили їсти рідку їжу. Прямий шлях до одужання.

За тиждень Першин уже ходив по палаті і навіть виходив у коридор, щоб, потайки від персоналу, покурити. Адже майже всі хворі на рак стравоходу — затяті курці. Сили пацієнта відновлювалися з кожним днем. Видалили дренажі. Зняли шви з обох ран. Одужання стало реальним. Лікарі дивилися на нього з меншою заклопотаністю. Родичі, що глибоко пережили разом з ним момент операції та кілька напружених післяопераційних днів, також були в доброму настрої.

Аж ось і він, довгожданий день виписки. На ранковому обході біля хворого Першина затрималися дещо довше, ніж звичайно. Йому дали рекомендації, як правильно поводитися після виписки. Володимир Петровичу було приємно ще раз поглянути на результати своєї роботи і всього колективу. Адже хворого під час операції на стравоході та після неї підстерігає безліч типових і нетипових ускладнень, що іноді можуть призвести навіть до летального результату. А тут перед нами хворий, який успішно переніс операцію і вже готується до виписки.

Уважно оглядаючи хворого, Володимир Петрович звернув увагу на маленьку пов'язку в правій підключичній ділянці. Виявилось, що підключичний катетер не витягнуто, хоча вже кілька днів ліки внутрішньовенно не вводилися.

— Прибрати підключичний катетер, — сказав він медсестрі, яка стояла поряд, занотовуючи лікарські призначення, — і видати виписку для онколога за місцем проживання.

Відтак Володимир Петрович пішов до поліклініки, де на нього чекали нові пацієнти. Приміщення розташовувалося в іншій будівлі метрів за 300 від хірургіч-

ного корпусу. Приємно було пройтися весняним лісом, де все оживало і духмяніло — невелика перерва посеред важких хірургічних буднів.

Почалося приймання амбулаторних хворих. Аж ось, десь так за годину, до кабінету увійшла схвильована медсестра з реєстратури і попросила Володимира Петровича терміново підійти до телефону — дзвонили з торакального відділення. На тому кінці дроту почувся занепокоєний голос лікаря відділення: «Володимире Петровичу, з хворим Першиним погано, він помирає!» Кинувши слухавку, Володимир Петрович поспішив до хірургічного відділення, на ходу перебираючи в голові можливі причини погіршення стану хворого. Причин могло бути багато, але ж іще годину тому нічого не віщало біду.

У торакальному відділенні всі були схвильовані і нервово снували туди-сюди. Чергова медсестра на питання, де Першин, показала на перев'язувальну. Відчинивши двері, Володимир Петрович побачив на перев'язувальному столі незрушне тіло нещодавно ще живого Першина. Поруч стояли перелякана перев'язувальна медсестра і лікар відділення, який лише коротко кинув:

— Він уже мертвий.

І дійсно, наявними були всі ознаки смерті: відсутність серцебиття і дихання, широкі зіниці, що не реагували на світло.

— Що сталося? — запитав Володимир Петрович.

Медсестра, трохи помовчавши, схвильовано сказала:

— Як видалили підключичний катетер, у хворого за хвилину запаморочилася голова, він зблід і втратив свідомість...

Як завжди в таких випадках, йому дали понюхати нашатирного спирту, гадаючи, що у хворого непритомний стан, але це не допомогло. Побачивши, що у хворого зупинилося дихання, медсестра покликала лікаря, який негайно розпочав масаж серця і штучне дихання. Реаніматологи, прибігши на допомогу, лише констатували біологічну смерть хворого.

Під час розтину видимої причини смерті не виявили. Проте, вона ж була очевидною, незважаючи на результати розтину. Адже добре відомо, що повітря, яким ми щохвилини дихаємо і без якого неможливе життя, може вбивати. Всі знають про кесонну хворобу у водолазів, яка розвивається у разі швидкого піднімання з води. Під час швидкого зниження тиску в крові можуть утворюватися мікроскопічні бульбашки газу, котрі, як емболи, закупорюють дрібні судини мозку, серця і легень. Це називається газовою емболією.

У нашому випадку все було простіше. У хворого, якому витягнули підключичний катетер з порушенням правил, до вени потрапило повітря, що й стало причиною трагедії. Як потім з'ясувалося, медсестра покликала хворого на перев'язку, коли по нього вже приїхали родичі. Тож він квапився і попросив зробити все якнайшвидше. Медсестра порушила перше правило. Діставати катетер з підключичної вени треба тільки лежачи, щоб був вищий тиск у вені.

І друга помилка — рану, з якої витягнуто катетер, не було одразу притиснуто. Адже дуже виснажений хворий мав брак жирової клітковини, тому після витягання катетера повітря засмоктувалося під час дихання через утворений хід і потрапляло в кров'яне русло. Бульбашки повітря закривали при цьому дрібні суди-

ни серця, мозку і легень, зупиняючи в них кровотік. Виникла повітряна емболія.

Пройшовши такий складний шлях до одужання, хворий раптово загинув від безглуздої помилки медсестри, якої вона припустилася, витягаючи катетер з підключичної вени.

Усі співробітники торакального відділення дуже важко сприйняли смерть Першина, особливо Володимир Петрович. Але життя хворого вже не повернути. Пробач, Першин.

Професорська пробка

Часто, зосередившись на одній справі (читання книги, цікава гра), ми не помічаємо, як мимоволі робимо інші дії. Таке сталося і в нашому випадку.

Одного разу хірург-онколог, професор Володимир Петрович помітив, що став тугий на праве вухо. Кажучи медичною мовою: в нього знизився слух. Лікар хірург вирішив дошукатися причини цього прикрого явища. Узявши в руки тонкий гострий предмет, Володимир Петрович почав обережно досліджувати ним зовнішній слуховий канал, що закінчується нижньою барабанною перетинкою. Дотик до неї дуже болючий.

Поволі просуваючи вперед інструмент, він раптом виявив, що той уперся в якусь перешкоду. Це не була барабанна перетинка, оскільки доторкання до неї не було болісним. Мабуть, то у вусі щось інше? Маючи великий стаж роботи онкологом, Володимир Петрович насамперед, певна річ, подумав про пухлину. Пухлини підступні, можуть тривалий час нічим себе не виявляти, рости приховано, і лише за деякий час даються ознаки.

Ця неприємна думка промайнула в голові нашого хірурга, але він зараз же заспокоївся, знаючи, що в слуховому проході бувають сірчані пробки, особливо

у людей немолодих. Він вирішив проконсультуватися у досвідченого ЛОР-лікаря-онколога, якому довіряв. Віталій Віталійович, так звали фахівця, звично взяв-ся оглядати зовнішній слуховий прохід нашого хірурга — одягнув лобове дзеркало (рефлектор), обережно вставив металеву канюлю в правий слуховий прохід і уважно подивився крізь її просвіт.

— Володимире Петровичу! У вас сірчана пробка, зараз ми її витягнемо.

Володимир Петрович полегшено зітхнув, адже підтвердилося його припущення про пробку, тож думка про пухлину була хибною.

Упевнено, взявши спеціальний гачок зі стерильного лотка з інструментами, Віталій Віталійович обережно наблизився ним до пробки, злегка натиснув на неї і спитав:

— Болить?

— Ні, не болить, — відповів Володимир Петрович.

— Тоді трішки потерпіть, може бути неприємно.

У цей час він намагався підвести кінчик гачка під пробку, щоб її зачепити, а потім і витягти. Але дивно, йому чомусь це не вдавалося: пробка виявилася дуже твердою і щільно прилягала до слухового проходу, унеможливлючи спроби підчепити її збоку. Володимир Петрович терпляче чекав закінчення цієї неприємної процедури.

Після ще кількох невдалих спроб дістати пробку Віталій Віталійович мовив:

— М-да... справжня професорська пробка, таку голими руками не візьмеш! — Відтак, трохи подумавши, додав: — Як завжди, медичний випадок, треба цю пробку розмочити.

І порекомендував пократати у вухо перекис водню. Це допоможе і пробку розпушити, і трохи зрушити її з місця.

Наступні дні кожні дві години Володимир Петрович закапував у праве вухо по кілька крапель перекису водню. Процедура не складна, але не надто приємна. У вусі перекис починав пінитися, частина його потрапляла на барабанну перетинку, що викликало біль, і головне те, що бульбашки газу, діючи на перетинку, викликали звук, схожий на дряпання. Здавалося, що в слуховий прохід заліз жук і лапками торкається перетинки. Виконавши точно приписи лікаря-отоларинголога, у понеділок вранці він знову прийшов до Віталія Віталійовича і повідомив, що готовий до успішного витягання пробки.

Оглянувши пацієнта удруге, Віталій Віталієвич переконався в тому, що пробка все ще на місці. Взявши гачок, він спробував зачепити пробку або зайти за неї, щоб тракцією на себе витягнути її зі слухового проходу. Та клята пробка, така ж тверда, як і раніше, мов прикипіла до слухового проходу. Після кількох невдалих спроб дістати її обличчя лікаря набуло серйозного виразу.

— Та-ак... Подібного в моїй практиці ще не було, — сказав він задумливо. — Але нічого, не занепадайте духом, Володимир Петрович, ми її все одно здолаємо. Я зроблю гачок з меншим кутом нахилу, щоб легше було підчепити пробку.

Думка про незвичну пробку в правому вусі вже не покидала Володимира Петровича, а дух природознавця змусив його знову взятися за тонкий гострий інструмент (шило), яким категорично заборонено лазити

ти у вуха, й продовжити небезпечний експеримент над собою. Просунувши той гостряк у вухо, хірург відчув, як він уперся в пробку. Обережно змістивши пристрій до слухового проходу, Володимир Петрович взявся просувати його між стінкою слухового проходу і пробкою, пройшовши так кілька міліметрів, він спробував поворушити пробку. У вухові почулося якесь клацання, і з легким хрускотом пробка нарешті зрушилася з місця. Дуже обережно Володимир Петрович почав витягати пробку з вушної раковини, підштовхуючи її з боку шилом. І ось щасливий момент — пробка випала з вуха й слух одразу поліпшився.

Хвильку перепочивши, Володимир Петрович вирішив роздивитися цю незвичайну пробку, що завдала йому з Віталієм Віталійовичем стільки клопоту. У хірургів-онкологів здавна існує традиція вивчати видалені пухлини, перед їх відправкою до лабораторії на дослідження. Так і тепер — він обережно взяв видалену з вуха пробку і оглянув її. Це був циліндр сірого кольору, діаметром до п'яти міліметрів і завдовжки приблизно стільки ж.

Спробувавши пробку на дотик, був здивований, яка вона незвично щільна і зовсім не схожа на сірчану. Раптом він зрозумів, що це не згусток сірки, а звичайна гумка для стирання, що кріпиться на протилежному кінці олівця! Було не зрозуміло, коли це стороннє тіло могло потрапити у вухо поважного професора. Йому стало трохи соромно за себе, адже навіть діти знають, що у вухо не можна пхати сторонні предмети, для цього є спеціальні ватки на паличці!

Наступного дня після планерки до нього підійшов рішуче налаштований на перемогу Віталій Віталійович

і повідомив, що знайшов відповідний гачок і сьогодні йому напевно вдасться дістати кляту пробку. Трохи помовчавши, Володимир Петрович дещо сконфужено розповів своєму колезі про те, що він сам витягнув «професорську пробку» і чим вона виявилася насправді. Розповів під великим секретом, щоб колеги не дізналися про цей курйозний випадок.

Випробування аортою

Шлях лікаря-хірурга тернистий і ризикований. Не буває стандартних операцій, кожна має свої особливості. Є тільки загальна схожість органів, судин і нервів, але скільки відмінностей у їх розташуванні та навіть аномалій!

Хірурги рідко діляться один з одним, а тим більше з читачем своїм негативним досвідом, утім, саме він дає змогу побачити помилки в лікуванні хворих і навіть у лікарських взаєминах.

До торакального відділення надійшов хворий Н., 56 років, з діагнозом — рак лівої легені. Під час бронхоскопії було встановлено, що пухлина розташована в лівому головному бронху. Це великий бронх, що йде від трахеї до лівої легені. Біопсія (дослідження шматочка пухлини) показала: у хворого рак. Діагноз серйозний і, якщо не лікувати, результат буде фатальним. Хворий був одружений, мав дочку. Цей факт важливий, адже перед великою плановою операцією належить поговорити з найближчими родичами і повідомити їм точний діагноз хворого, характер майбутньої операції і, обов'язково, не приховувати можливості ускладнень.

Володимир Петрович, завідувач торакального відділення, в доступній формі ознайомив родичів і хворого

з діагнозом і планом лікування. Першим етапом мала бути велика операція — видалення всієї лівої легені. Хворий спокійно вислухав лікаря і попросив дати йому час для роздуму і поради з близькими. Минуло два дні. За цей час хворого повністю обстежили і підготували до операції.

Напередодні операції в ординаторську до Володимира Петровича увійшов хворий Н. і сказав, що він не дає згоди на операцію. Було видно, що він дуже схвилований. Таке рішення хворого не було несподіваним, адже будь-яка людина боїться невідомості, ускладнень і навіть смерті. Тому лікар ще раз спробував заспокоїти хворого і розвіяти всі його сумніви та побоювання.

Володимир Петрович насилу вмовив хворого погодитися на операцію. Як показав результат даного випадку та інші подальші спостереження, не можна наполягати на операції. Напевно, у хворих є передчуття несприятливого її результату. Можливо, це називається інтуїцією.

Вранці наступного дня хворого привели до операційної.

Володимир Петрович зі своїм беззмінним помічником і чудовим хірургом Костянтином Юрійовичем розпочали операцію. Розкрито грудну порожнину. Верхня частка легені з пухлиною в центрі. Треба робити, як і передбачалося раніше, видалення всієї лівої легені. Хірурга непокоїло тільки одне: пухлина в одному місці дуже щільно прилягала, а можливо, й проростала дугу аорти. Як відомо, аорта це перша, найпотужніша судина, яка відходить від серця. У цій судині дуже високий кров'яний тиск. Далі аорта галузиться на кровоносні стовбури, артерії та капіляри, живлячи

кров'ю всі органи й тканини людського організму. Хірурги з усіх небезпек, що підстерігають їх під час операції, найбільше бояться кровотечі з великих судин. Адже в цих ситуаціях життя людини може обірватися за кілька хвилин чи навіть секунд. Чим більша судина — тим більша кровотеча і крововтрата. Наблизившись безпосередньо до місця приростання пухлини до аорти в ділянці її вигину, так званої дуги аорти, вони зупинилися і почали радитися, що робити далі. Перший варіант: не видаляти пухлину і закінчити операцію пробною торакотомією — пропонував Костянтин Юрійович. Другий — ризикований — варіант: спробувати все ж відокремити пухлину від аорти — пропонував Володимир Петрович. Цей варіант був небезпечний тим, що у разі проростання пухлини в стінку аорти може статися її розрив з масивною кровотечею. На користь другого варіанту було те, що пухлини рідко вростають у стінку судини, частіше вони щільно до неї прилягають або охоплюють її, як муфтою. Це дає змогу за умови дуже обережного і гранично точного розшарування тканин відокремити пухлину від судини. Але ж тут аорта, тож будь-яка помилка може стати фатальною. На жаль, на той час ще не було комп'ютерної томографії, яка дає змогу визначити міру проростання пухлини в судини.

Порадившись, хірурги вирішили ризикнути і спробувати відокремити пухлину від аорти. Спеціальними інструментами вони обережно, по міліметру, заходилися відділяти пухлину. На початку все йшло добре. З усіх боків пухлина відділялася, але ось залишилася маленька місцинка завбільшки, як кінчик мізинця, на якому стінка аорти і пухлина зливалися воедино.

Перемога над пухлиною, здавалося, вже близька. Трохи постоявши і передихнувши від хвилювання, хірурги продовжили операцію.

Та ось в одну мить кров ударила тонким струменем в обличчя Володимирові Петровичу, і сталося це в той момент, коли пухлина повністю відокремилася від аорти. Володимир Петрович негайно затиснув дефект в аорті пальцем. Кровотеча тимчасово зупинилася. Це пауза для прийняття екстрених рішень. Перше, що з'ясовують, де саме місце розриву і наскільки воно велике. Друге, як ушити цей розрив. Після видалення крові з грудної клітки вдалося побачити, що розрив стався у поганодоступному місці під дугою аорти ближче до задньої стінки цієї судини. Туди дістатися важко навіть теоретично, а тут ще заважає рука хірурга в рані, якою закритий дефект, поруч серце, що постійно скорочується. Колосальна нервова напруга. Таке у хірургів, які оперували хворого, за багато років сталося вперше, та й не описані в онкохірургії подібні драматичні аналогії, хоча, напевно, вони траплялися в інших і не раз. Тож досвіду зупинення кровотечі з аорти під час відриву пухлини хірурги не мали. Тільки одного разу Володимир Петрович спостерігав чимось схоже ускладнення, під час операції на стравоході, яку виконував всесвітньо відомий хірург-онколог, академік Михайло Іванович Давидов. Під час видалення пухлини стравоходу стався відрив пухлини, але набагато нижче дуги аорти. Тоді струмінь крові залив не лише обличчя хірургів, а й хірургічну лампу. Дефект був невеликим, і Михайлові Івановичу вдалося його ушити. При цьому він сказав — навряд чи комусь іншому вдалося б це зробити!

Повторна спроба огляду рани. І новий струмінь крові, ще потужніший, що залив усе операційне поле. Постало питання, що робити далі? Адже аорту перед місцем розриву перетиснути не можна, оскільки далі відходять судини до головного мозку, загибель якого починається вже через п'ять хвилин у разі зупинення кровообігу. Та й перетискання нижче веде до загибелі спинного мозку, а пізніше і нирок.

Володимир Петрович, порадившись зі своїм асистентом, вирішив запросити головного лікаря Прохора Івановича, який раніше працював у клініці А. А. Шалімова, володів методикою накладення судинного шва і знав допустиму тривалість перетискання великих судин. Він вирішив сам оглянути пошкоджену аорту. У момент зміни рук Володимир Петрович побачив, як вказівний палець його колеги майже увійшов у дефект аорти. Це свідчило про те, що стінка судини крихка і розривається далі. Весь цей час лікар-анестезіолог стоїчно боровся за життя хворого. Адже після масивної крововтрати різко впав артеріальний тиск. Було почато переливання кровозамінників, а потім і цільної крові. Вводилися різні препарати, що давали змогу підтримувати артеріальний тиск і зберігати нормальну роботу серця, мозку та інших органів.

Було вирішено частково звузити аорту двома збіжними затискачами по обидва боки дефекту і ушити, тобто піти на коарктацію (звуження) аорти.

Після повторної оцінки розміру розриву аорти також було вирішено терміново викликати судинного хірурга зі спеціалізованої клініки. Начмед, швидко зв'язавшись телефоном з потрібним фахівцем, вирішила послати по нього свою лікарняну машину швидкої

допомоги, але та була далеко в місті. Тоді стало питання про те, щоб хтось із лікарів на своїй машині з'їздив по судинного хірурга. Біля лікарні стояло два легковіки, один з них належав лікареві Горбунову. До нього й побігла старша медсестра, швидко пояснила ситуацію і попросила привезти фахівця. У цей час Горбунов сидів в ординаторській і про щось розмовляв з колегами. Хвилювання медсестри, яка звернулася з проханням, не передалося цьому лікареві. Розвалившись на стільці, він спокійно відповів:

— Я не можу нікуди їхати, в мене скоро операція — секторальна резекція молочної залози.

Що це — воістину емоційна тупість чи жорстока байдужість — хворий, який гине на операційному столі, і секторальна резекція. Що важливіше?

Почувши таку відповідь, старша медсестра, знаючи, що друге авто на стоянці належить завідувачу відділення пухлин голови і шиї Рябушенку, побігла просто в операційну, де він оперував.

— Віталію Олексійовичу, — схвильовано сказала вона, — у торакальних хірургів на операційному столі кровотеча, треба терміново привезти судинного хірурга, а транспорту немає, — прошу вас допомогти.

До честі цього чудового хірурга він швидко звелів досвідченому асистентові закінчувати операцію без нього. А сам, знявши маску і халат, як був — у хірургічному костюмі, сів за кермо своїх «жигулів» і на великій швидкості помчав по судинного хірурга. За двадцять хвилин той був уже в нашій операційній. Ось це справжній приклад благочестя.

На момент приїзду судинного фахівця, хірурги вже практично ушили дефект, дещо звузивши аорту. Це

було нелегко зробити, бо стінка аорти виявилася склерозованою і шви прорізувалися. Почала позначатися і масивна крововтрата. Кров стала надмірно рідкою, бракувало фібриногену і тромбоцитів, починалося порушення згортання крові.

Прибулий судинний хірург, швидко оцінивши ситуацію, схвалив обрану тактику і продовжив накладення швів на аорту. У цей час настала зупинка серця. Хірург швидко розітнув перикард (серцеву сорочку) у повздовжньому напрямку від верхівки серця до основи. Взявши серце в праву руку, почав його масаж. Через кілька хвилин з'явилися окремі посіпування серцевого м'яза, потім серце здригнулося і почало невпевнено скорочуватися. Поступово скорочення стали ритмічними і глибокими. Тиск піднявся. Через накладені шви на аорті почала просочуватися кров. Весь цей час в операційній стояла цілковита тиша, що порушувалася тільки мірним поскрипуванням дихального апарата. Артеріальний тиск підвищився до 100 міліметрів ртутного стовпа. З'явилася слабка надія на сприятливий результат операції, яка тривала ось уже шість годин. Хірурги, простоявши біля операційного столу майже цілий робочий день, безумовно втомилися і фізично, і морально, проте продовжували свою важку роботу. Під час такої колосальної напруги всі інші відчуття відходять на другий план.

За п'ятнадцять хвилин — повторна зупинка серця. Негайно внутрішньосерцево було введено адреналін і розпочато прямиий масаж серця. Але цього разу воно не відгукнулося ані на введення, такого сильнодіючого препарату, як адреналін, ані на прямиий масаж. Життя повільно покидало тіло хворого. Двічі проводили

спробу запустити серце розрядом електричного струму, але безуспішно. Серце хворого зупинилося назавжди. Лікар-анестезіолог, який проводив наркоз, констатував біологічну смерть.

У цей драматичний момент спливають у пам'яті слова відомого кардіохірурга Миколи Амосова з його книги «Думки і серце»: «Ось тут на самому кінці, ми хірурги. Нас ніхто не називає вбивцями. Благородні цілі. Лікар мужньо бореться за життя хворого, але іноді програє». Хірурги мовчки покинули операційну і розійшлися, кожен зі своїми важкими думками. Важче за всіх переживав те, що сталося, Володимир Петрович. Життя людини, яка ходила, розмовляла і зовні була здорова, урвалося не від хвороби, а від спроби вилікувати її. Розуміючи свою головну роль у цій драмі, як кожен мислячий хірург, він аналізував ключові епізоди, які призвели до цього фатального результату.

Першим згадався суб'єктивний чинник — хворий щось відчував і довго відмовлявся від операції. Це поки що поза межами нашого матеріалістичного розуміння. Після історії з цим хворим він більше ніколи не намагався змусити пацієнтів, які відмовлялися, дати згоду на велику операцію.

Друга обставина: прагнення за будь-яку ціну видалити пухлину. Набутий надалі досвід свідчить про те, що хірург, кажучи не медичною мовою, має вчасно зупинитися, щоб не мати смертельного ускладнення, адже видалення видимої частини пухлини не завжди приводить до одужання хворого. Ризик операції не повинен перевищувати ризик самої хвороби.

А третім чинником, що знижує ризик непередбачених ускладнень, є точна діагностика поширеності

пухлини на сусідні органи, що стало можливим з появою комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії. Звичайно, з хірургічним стажем зростає і власний негативний досвід.

Я певен, що він є в пам'яті кожного хірурга, який виконує як великі, так і маленькі за обсягом операції. Шкода, що діляться цим досвідом не всі і частіше тільки в дуже вузькому колі професіоналів.

Узагальнюючи висловлювання багатьох класиків про нескінченність людського пізнання, можна зробити висновок, що будь-який лікар, і особливо хірург, мусить вчитися постійно, все життя.

Описаний випадок кинув світло не лише на деталі хірургічного лікування раку, а й розкрив особливості саме людського ставлення колег до того, що сталося, і здатність допомогти в скрутну хвилину. До речі, за кілька років лікар, який відмовився привезти судинного хірурга, пішов з медицини і став клерком у торговельній організації.

Хрестик і ланцюжок

Ускрутні хвилини життя кожна людина, навіть невіруюча, звертається до Бога, сподіваючись на його допомогу. Особливо людина починає вірити у Бога, потрапляючи до лікарні, та ще в хірургічне відділення, де на неї чекає операція.

Будь-яка, навіть невелика операція має ризик важких, а іноді й фатальних ускладнень. Тому у хворих, які йдуть на операцію, з'являється надія на хірурга і ще більша на Бога.

Атрибутом і символом віри є хрестик із розп'яттям, одівши який, багато хто вважає себе захищеним від усіх бід.

Випадок, що про нього я хочу розповісти, був пов'язаний саме із символом віри — хрестиком на тоненькому металевому ланцюжку.

Хворий М. готувався до операції з приводу раку правої легені. Попереду було велике травматичне оперативне втручання з видалення всієї правої легені. Родичі за два дні до операції принесли хворому маленький хрестик на тонкому металевому ланцюжку.

У день операції все йшло за планом, анестезіолог увів хворого в наркоз і дав змогу хірургові вчинити його таїнство. Оперував завідувач відділення, досвід-

чений хірург, який за 30 років своєї хірургічної діяльності провів не одну сотню подібних операцій.

Було видалено всю праву легеню, усе пройшло спокійно, операцію завершено. Хворого після операції привезли до реанімації. Це особливе відділення, в якому хворі перебувають кілька днів, зазвичай після важких операцій. Хворі можуть тривалий час бути на штучній вентиляції легень з вимкненою свідомістю. Лікарі реанімації ретельно стежать за життєво важливими функціями організму, серцевою, дихальною, сечовидільною та іншими. Життя хворого в реанімації цілковито залежить від персоналу відділення.

У будь-якій реанімації з хворих знімають увесь одяг, а також предмети і речі, що перешкоджають проведенню реанімаційних заходів. Особливо небезпечні металеві предмети (вставні щелепи, обручки, сережки). У реанімації все важливо, дрібниць немає.

Нашого хворого М. через деякий час після операції було переведено на самостійне дихання і екстубовано (наркозну трубку видалено), що свідчило про позитивну динаміку у хворого з видаленою легенею.

Післяопераційний період протягом трьох діб протікав спокійно. Завідувач торакального відділення регулярно оглядав хворого всі дні. Черговий реаніматолог теж доповідав, що стан хворого задовільний.

Проте, повз увагу досвідченого хірурга не пройшла дещо дивна, якась надміру збуджена поведінка хворого, його іноді геть неадекватні відповіді на питання, якась незв'язна балаканина... Черговий анестезіолог цьому особливого значення не надав, пояснивши це великим обсягом операції, відсутністю легені і, можливо, невеликою гіпоксією (браком кисню в мозку).

На шиї хворого завідувач відділення побачив хрестик на ланцюжку.

— Навіщо хрестик? — обурився він.

— Це для надійнішого захисту, — відповіла чергова медсестра.

Навіть удома, після роботи, його не полишило занепокоєння. Щось тривожило його в цьому хворому, можливо, дивна поведінка. А вже наступного дня вранці лікар, прийшовши до реанімаційного відділення, дізнався, що у хворого М. починається інтоксикаційний делірій (психічний розлад). Цей стан розвивається після важких операцій, часто у хворих, які тривалий час зловживали спиртними напоями, так, у крайньому разі, це пояснюють анестезіологи. Раніше в таких випадках на тлі інфузії розчинів таким хворим навіть вводили етиловий спирт низької концентрації з аскорбіною. Ефект був, як правило, добрий!

Завідувач відділення оглянув хворого, той погано впізнавав навколишній персонал, намагався встати з ліжка, бурмотів щось незрозуміле. Зробивши свої вказівки щодо лікування, він порекомендував тимчасово фіксувати руки хворого, з чим черговий реаніматолог не погодився. А приблизно через три години після закінчення робочого дня завідувачу відділення додому зателефонував черговий лікар реанімації й схвильовано повідомив, що стан хворого різко погіршав, з'явилася сильна задишка, яка й закінчилася його смертю за кілька хвилин по тому. Швидше за все, сталася тромбоемболія легеневої артерії.

Для хірурга, який пропрацював багато років у торакальній хірургії, це не було несподіваним, за цей час багато що довелося побачити і пережити, та все ж

звикнути до цього не можна ніколи. Смерть хворого, якого ти врятував від важкого онкологічного захворювання, який кілька годин тому був живий і його стан не був загрозливим, завжди вражає. Образливо, прикро, шкода хворого який міг ще довго жити, шкода його родичів, які скоро дізнаються про горе, що їх спіткало.

У такі хвилини хірург починає аналізувати всі свої можливі помилки, яких міг припуститися під час операції. Увесь час мучить питання — чому це сталося? А чому, треба з'ясувати обов'язково, щоб надалі подібна драма не повторилася знову.

Під час огляду померлого ані хрестика, ані ланцюжка на ньому не знайшли.

Вранці в понеділок — розтин. Іноді справжня причина смерті виявляється несподіваною, або й геть непередбачуваною.

Патологоанатом почав свою роботу. Він дослідив серце і великі судини — тромбоемболії немає. Чому ж настала смерть? Наступним органом стала трахея і легені. Трахея прохідна, правий головний бронх — прошитий апаратом і герметичний. Під час розтину лівого головного бронха єдиної легені ножиці натрапили на щось тверде, мить — і всі побачили, що на розвилці головний бронх повністю закритий на увесь просвіт металевим ланцюжком. Ланцюжок був неначе акуратно укладений невидимою рукою у бронх єдиної легені.

Так, той самий нашійний ланцюжок, який бачив завідувач відділення на хворому в реанімації. Ланцюжок дістали з бронха, але хрестика на ньому не було. Де ж він?

Патологоанатом продовжив розтин. Наступною була травна система. Розтинаючи стравохід, ножиці

знову торкнулися металевого предмета. Це був він — хрестик, що застряг у середній третині стравоходу.

Лікар повільно поклав на стіл хрестик. Запала мертва тиша. Перед присутніми на мармуровому столі лежала причина смерті — хрестик з ланцюжком.

Найбільше хвилювався лікар, який оперував хворого, до болю було образливо за те, що цій смерті можна було легко запобігти.

Збіг двох чинників — помилка медперсоналу, який допустив наявність у реанімації хрестика і ланцюжка й порушена свідомість хворого, призвели до катастрофи. Швидше за все, хворий, перебуваючи у збудженому стані, порвав ланцюжок, відірвав хрестик, після чого ці сторонні тіла потрапили у стравохід і бронх єдиної легені.

Усіх турбувало одне питання, як таке могло статися? Що це — безглузда випадковість чи закономірність? Чому хрестик, який мав би захистити хворого, став безпосередньою причиною його смерті? Над цим варто подумати.

Дружина - лікарка

Кожен з нас скаже, що дружина-лікарка — це завжди добре. Навіть медсестра — непогано, може надати першу допомогу, поставити крапельницю і навіть врятувати життя.

Лікарі бувають різних фахів: хірурги, гінекологи, урологи, та є лікарі, які не лікують, проте від їхньої роботи залежить кількість тих, хто захворюють на інфекційні й професійні хвороби. Це санітарні лікарі. У медичному середовищі їх недолюблюють, бо вони «пхають свого носа» і в операційну, і в перев'язувальну, і на харчоблок, одне слово, пильнують за дотриманням санітарних вимог у лікувальних установах.

Найгірше до санітарних лікарів ставляться працівники громадського харчування, адже ті завжди знайдуть причину накласти стягнення за антисанітарію. Наприклад, побачивши таргана чи ще гірше — сліди перебування мишей у місцях, де зберігаються продукти. Так було раніше, тепер цих лікарів скасували одним розчерком пера не зовсім компетентного чиновника. Нині в медичних університетах більше немає факультетів, на яких готували б санітарних лікарів. Щодо медичних знань, то ця категорія лікарів здобувала їх шість років, і навчалися вони, як і всі студенти. Часто після закінчення університету вони

ставали терапевтами, педіатрами і навіть головними лікарями лікарень та поліклінік. Як підтвердження глибоких знань у медицині може бути ось така історія.

Санітарна лікарка Лариса Петрівна працювала в одній із санстанцій нашого міста. Роботи було багато: кілька шкіл, близько десятка крамниць і кафе, загалом коло спілкування велике. А що візити санітарної лікарки часто загрожували керівникам неприємностями, як-от: попередженням, доганою чи штрафом, усі з острахом ставилися до неї.

У родині ж Ларису Петрівну поважали чоловік і дочка і, як, показав час, не даремно.

Якось чоловік поскаржився їй на болі в грудях, причому не постійні, а періодичні. Через пересторогу лікарів щодо можливого інфаркту міокарда, хворого обстежив терапевт, який направив його до кардіолога. І ось грізний діагноз — ішемічна хвороба серця. Грізний, бо при цьому захворюванні звужується одна з артерій, які живлять серце, що супроводжується нападами болів за грудиною. Перший засіб лікування — відомий усім нітрогліцерин. Він швидко розширює судини серця і біль минає. Але настає момент, коли кров перестає надходити до серця цією судиною і тоді розвивається інфаркт міокарду. Кажучи простіше, настає омертвіння ділянки серцевого м'яза.

Лікарка-кардіологиня призначила лікування хворому за «повною програмою», але дивно: біль за грудиною не проходив і далі періодично турбував чоловіка. Минуло кілька місяців. Чоловік трохи схуд, став дратівливим. Турботлива дружина помітила ще один дивний симптом чоловікової хвороби: біль у грудях

зменшувався або минав зовсім, коли хворий з'їдав невелику порцію їжі, іноді достатньо було навіть шматочка хліба. У Лариси Петрівни закрався сумнів щодо правильності поставленого діагнозу. Вона подумала, що це могло бути важливою ознакою виразкової хвороби, тож повідомила про своє припущення кардіологиню. Та лікарка на її слова обурилася й різко відрубала:

— Не пхайте носа не в своє діло і не вигадуйте!

Тож призначене раніше лікування продовжили.

Якось увечері стан чоловіка різко погіршився, він зблід, з'явилася блювота рідиною кольору кавової гущі, як кажуть медики. Хворий звернув увагу, що кал у нього рідкий, чорного кольору, дьогтеподібний. Зі слів дружини, кров пішла з усіх «дірок». Хворий помирав на очах. Знаючи, що при кровотечі треба прикладати холод, Лариса Петрівна, не роздумуючи, схопила в холодильнику заморожені шматки м'яса і поклала їх на живіт хворому, під груди. За телефоном 03 викликала швидку допомогу, яка прибула за п'ятнадцять хвилин. У квартиру зайшов немолодий лікар з фельдшером. Помірявши тиск, він став дуже серйозним, оскільки тиск був 70 на 0 міліметрів ртутного стовпа. Пульс насилу визначався на руках. Діагноз був ясний — сильна, кажучи медичною мовою, профузна внутрішня кровотеча. При цьому хворий може загинути з хвилини на хвилину від крововтрати. Лариса Петрівна тим часом метушливо спакувала чоловікові речі в невелику валізку, припускаючи, що швидка повезе його одразу ж до лікарні.

Але лікар швидкої не поспішав, на питання, чому він зволікає, роздратовано відповів:

— Такого важкого хворого я не повезу. — І, трохи помовчавши, додав: — Навіщо мені смерть у машині швидкої допомоги?

Лариса Петрівна від несподіванки остовпіло зупинилася, потім з люттю накинулася на лікаря, схопила його за полу халата і нервово затрясла його, вигукуючи образливі, лайливі слова. Аж раптом їхні очі зустрілися і лікар здивовано вигукнув:

— Ларко, це ти?

Вона теж упізнала в ньому свого однокурсника з медінституту, який запам'ятався їй ще й з іншого приводу.

Кілька років тому їй видалили зуб, не зробивши пробу на знеболювальний препарат. Стався анафілактичний шок. Її встигли доправити до реанімації найближчої лікарні. Термінові заходи не давали ефекту: ставало дедалі важче дихати, кров'яний тиск різко впав. Схоже було, що перспектива перетворитися на мерця ставала цілком реальною. Її реанімаційне ліжко стояло за ширмою. У цей час до палати зайшов викладач з невеликою групою студентів. Підійшовши до нашої хворої, яка була бліда і не дихала, він спокійно мовив:

— Вона померла.

І, засмикнувши ширму, пішов до дверей. У цей час із-за ширми почулося тихе прохання:

— Лікарю, вколить щось від болю!

Лікарі продовжили реанімацію і хвору вдалося врятувати. Тож лікар зі студентами їй добряче запам'ятався і, як з'ясувалося потім, він виявився її однокурсником з медінституту — Анатолієм Степаненком.

Тепер, розгледівши лікареве обличчя, Лариса Петрівна відповіла:

— А, це ти, Толику!

Толик не став більше заперечувати і хворого на носіях якнайшвидше акуратно знесли до машини швидкої допомоги. Увімкнувши сирену, машина помчала у бік Павлового Поля до інституту хірургії.

Знаючи, що в інституті такого важкого хворого можуть так само не взяти на лікування, Лариса зателефонувала до облздороввідділу черговому, який запевнив її в тому, що хворого обов'язково приймуть.

На санпропускник інституту викликали чергового лікаря. Увійшов невисокий чоловік у халаті. Побачивши блілого як стіна хворого, який ледве ворухив губами і пульс на руках якого не визначався, він докірливо глянув на лікаря швидкої допомоги і тихо мовив:

— Навіщо привезли мерця в клініку?

Проте, дізнавшись про дзвінок з облздороввідділу, дав команду швидко перевести хворого до реанімації і готувати до термінової операції.

Вночі, після нормалізації тиску, хворому зробили операцію, під час якої в шлунку було виявлено велику кровоточиву пухлину, що зовні нагадувала виразку. Хірургові вдалося видалити частину шлунка з пухлиною і головне, що хворий, хоча і втратив багато крові, переніс операцію добре. Хірург Руслан Ідрісович, який оперував хворого, мав золоті руки й був дуже досвідченим лікарем, у розмові з дружиною хворого після операції прогноз для життя пацієнта оцінив песимістично. Він сказав, що тому залишилося жити рік, щонайбільше два.

Під час і після операції хворому було перелито кров. Рана гоїлася добре. За два дні йому дозволили пити воду.

Відтоді минуло десять років. Хворий почувався добре, і про перенесену хворобу нагадував тільки післяопераційний рубець на черевній стінці. Одного разу до нього звернувся товариш по роботі, вже не молодий чоловік, зі скаргами на болі під грудьми і втрату ваги. Бажаючи допомогти колезі, він запропонував йому разом поїхати до інституту хірургії, сподіваючись відшукати того лікаря, який колись урятував йому життя. В інституті чергова підказала їм, де його знайти. Постукавши в двері кабінету, вони несміливо увійшли. За столом сидів немолодий, уже посивілий лікар і щось писав. У ньому наш пацієнт безпомилково впізнав свого рятівника Руслана Ідрісовича. Лікар повільно підвів голову і, як потім барвисто розповідав пацієнт, окуляри його «впали з перенісся» від здивування:

—Золотарьов? Невже це ви?

— Та я... Дякую вам, лікарю, за допомогу... Як бачите, живий і здоровий... Привів оце до вас свого друга.

Лікар згадав діагноз хворого і свій прогноз, що на щастя, не справдився. Оглянувши хворого, якого привів Золотарьов, він порекомендував ендоскопічне обстеження шлунка. Коли пацієнти пішли, він ще довго розмірковував про негаразди медицини і ще далеко не вивчені можливості людського організму. І про користь медичних знань, які часом здатні врятувати життя, здавалося б, безнадійно хворому пацієнту. Адже саме вчасно виявлена пильність і медична підготовка санітарної лікарки посприяли свого часу порятункові цього чоловіка.

Відчайдушний хірург

Робота хірурга завжди пов'язана з певними труднощами, ризиком, сміливими і нестандартними вчинками.

Хворий, з гарним прізвищем Орел, потрапив до хірургічного відділення із серйозним діагнозом для життя — рак лівої легені. Після обстеження діагноз підтвердився і йому було запропоновано операцію. Він погодився одразу, хоча деякі хворі часом довго роздумують, радяться з близькими, вагаються і навіть відмовляються від операції.

Під час операції хірурги виявили велику пухлину, яка поширювалася з легені на судини, що йдуть від серця. Пухлина практично зливалася з серцем, тож шансів виділити ці судини майже не залишалося. Але хірурги вирішили боротися за життя хворого. Вони розкрили перикард (серцеву сорочку) і насилу виділили три судини, що зв'язують серце з легенею. Далі треба було їх надійно перев'язати і пересікти. Але це не просте завдання, оскільки, з одного боку — поруч живе серце, що скорочується, з другого боку — заважає щільна ракова пухлина, вільна ж судина — завдовжки всього кілька міліметрів. Хірургам вдалося впоратися з цим складним завданням: судини перев'язано і пересічено, прошиито лівий головний бронх і видалено

всю легеню з пухлиною. Хірурги полегшено зітхнули, з'явився шанс на одужання хворого.

Перша доба після операції минула спокійно. Хворий сів у ліжку, розмовляв і навіть трохи їв. Наступного дня, як завжди вранці, завідувач відділення Костянтин Юрійович прийшов до реанімації — оглянути прооперованих хворих, у тому числі, й прооперованого Орла. Звично зробив записи в історіях хвороби і зібрався йти. Аж тут його покликала чергова медсестра і повідомила, що у хворого Орла по трубці з грудної клітки почала надходити кров. Підійшовши до ліжка хворого, хірург на власні очі переконався, що банка, в яку спускалася дренажна трубка з грудної клітки, швидко наповнюється кров'ю. Усього за кілька хвилин виділилося понад пів літра свіжої крові. Хворий тим часом дуже зблід, чоло його рясно вкрилося потом. Пульс на руці промацувався ледве-ледве і було майже неможливо його полічити, таким він був частим. Почав стрімко падати тиск, він практично не визначався.

Доки вимірювали тиск, у банку додалося ще близько 200 мл крові і хворий знепритомнів.

«Кровотеча з великої судини, — промайнуло в голові завідувача відділення, — зволікати не можна. Ще кілька хвилин і настане зупинка серця». За багато років роботи він бачив різні ускладнення, у тому числі й кровотечі, але таке важке бачив вперше в його практиці.

— Дайте ножиці! — гучно гукнув він. Схвильована медсестра миттю подала їх. В одну мить хірург розітнув шви, якими було ушито рану на грудній клітці і розсунув ребра. Лікар-анестезіолог, який також підоспів у цей час, побачив жахливу картину: розкрити

грудну клітку хворого, багато крові в ній і серце. Видно було, як воно б'ється...

Схопивши з ліжка рушника, хірург машинально притиснув його до того місця, де із серця виходили перев'язані судини і тонкою цівкою витікала кров. Голосно наказав:

— Мерщій везіть нас до операційної і повідомте, щоб звільнили операційний стіл!

У ці драматичні хвилини медичний персонал і хворі, що були в коридорі, побачили чоловіка, що лежав на функціональному ліжку, з відкритою раною в грудній клітці, а поруч з ним — лікаря, руки якого притискали до серця хворого рушник. Ліжко швидко проїхало до операційної. Хворого переклали на операційний стіл, заінтубували (поставили трубку в трахею) і під'єднали до дихального апарата.

На допомогу лікареві поспішили інші хірурги і операційна медсестра. Аж тепер Костянтин Юрійович прибрав рушник від серця, і кровоточиву судину було притиснуто стерильною серветкою. Ще через кілька хвилин, осушивши рану, хірурги побачили причину трагедії — це була перев'язана шовковою ниткою легенева артерія. Нитка прорізала стінку судини і з утвореного отвору при кожному скороченні серця вилівалася кров. Судину перев'язали повторно, кровотеча припинилася.

Протягом усього цього часу анестезіологи всіма можливими засобами підтримували артеріальний тиск, який був дуже низьким. І хоч як дивно, але серце, на щастя, не припинило свою роботу.

Після ушивання рани Костянтин Юрійович, який щойно врятував життя хворому, вийшов з операційної.

Він зняв хірургічну маску і всі побачили схвильоване, бліде обличчя лікаря, який теж переніс шок, тільки емоційний.

Хворому було перелито кров. Артеріальний тиск зріс до нормальних показників. За кілька годин хворого Орла від'єднали від апарата штучної вентиляції легень. Загоєння рани на грудній стінці пройшло без ускладнень.

У деталі цієї драматичної ситуації були посвячені тільки родичі хворого Орла. Йому ж самому про повторну операцію не сказали, аби не хвилювати зайвий раз. Адже вижив він тільки завдяки щасливому випадку, тому що поруч виявився рішучий та відчайдушний хірург.

Звичайно, такі хворі залишають слід в пам'яті хірурга й рубці в серці.

Зміст

Покажіть ваші документи!	5
Дві Ольги	13
Однофамільці	20
Порушив традицію	25
Оптимістичний прогноз	32
Мертве око	41
Незвичайна травма	45
Кісточка та емблемка	50
Випадковий подих	57
Таємничі пухлини	64
Погана прикмета	73
Фатальна кулька	78
Вдих-видих	86
Лікар-пацієнт	93
Повітряна емболія	99
Професорська пробка	106
Випробування аортою	111
Хрестик і ланцюжок	120
Дружина-лікарка	125
Відчайдушний хірург	131

Літературно-художнє видання

СТАРІКОВ
Володимир Іванович

НЕВИГАДАНИ
МЕДИЧНІ ІСТОРІЇ

Оповідання

Редактор: В. Верховень
Технічний редактор: Є. Онишко

Підписано до друку 15.08.22. Формат 84x108/32.
Папір офсетний. Гарнітура MiniatureС. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 9. Зам. № 22-11.

Видання і друк ТОВ «Майдан»
61002, Харків, вул. Чернишевська, 59
E-mail: maydan.stozhuk@gmail.com

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців і розповсюджувачів
видавничої продукції ДК № 1002 від 31.07.2002 р.