

О МЕТОДЕ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПО ГЕРМАНУ ТЕЙЛОРУ

Соловьев И.А., Уточкин А.П.,
Левшин К.А.*

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская
академия имени С.М. Кирова» МО РФ,
Санкт-Петербург

DOI: 10.25881/BPNMSC.2020.93.73.034

Резюме. Любые новаторские идеи в хирургии должны быть аргументировано обоснованы, глубоко проанализированы, с осторожными выводами, с таким клиническим мышлением, которое показывали лучшие хирурги своего времени, например Герман Тейлор, чьи рекомендации для лечения больных мы используем до настоящего времени. Особенно они актуальны в корабельных условиях, когда в любой момент может возникнуть острый дефицит сил и средств медицинской службы. Классический консервативный метод лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки по Г. Тейлору заключается не в особом положении кровати, в которой находится пациент (головной конец кровати приподнят или опущен), а в следующей последовательности лечебных мероприятий: после опорожнения желудка с помощью большого желудочного зонда, который затем извлекается, больному пропускается через нос маленький желудочный зонд и фиксируется. Затем производится аспирация желудка с интервалом в полчаса с помощью 20 сантиметровой шприца. Этот метод нами несколько модифицирован добавлением современного противоязвенного лечения.

Ключевые слова: перфоративная язва, язва двенадцатиперстной кишки, консервативное лечение.

Прошло почти 3 года после выхода в свет Руководства для военно-морских хирургов «Неотложная хирургия» (2017 г.) под редакцией И.А. Соловьева [1].

В целом хирургическая общественность, в том числе и в первую очередь военно-морские хирурги приняли его с довольно высокой оценкой. Однако, были и вопросы, требующие разъяснений его некоторых положений. Например, в главе 4 — неотложная хирургия органов живота, в разделе «Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки», на странице 189 описывается консервативный метод лечения вышеуказанной патологии по Герману Тейлору:

- постельный режим;
- положение с приспущенным головным концом;
- голод;
- холод на живот;
- постановка желудочного зонда с постоянной аспирацией содержимого;

ABOUT A METHOD OF TREATING A PERFORATIVE ULCER OF A DUODENUM BY HERMON TAYLOR

Soloviev I.A., Utchkin A.P., Levshin K.A.*

FGBVOU VO «Military Medical Academy S. M. Kirova» MO RF, Department of Naval Surgery, Saint-Petersburg

Abstract. Any innovative ideas in surgery should be reasonably substantiated, deeply analyzed, with cautious conclusions, with such clinical thinking, which was shown by the best surgeons of their time, for example Hermon Taylor, whose recommendations for treating patients we use to date. They are especially relevant in ship conditions, when at any moment there may be an acute shortage of forces and means of medical service. The classic conservative method for treating perforated duodenal ulcer according to H. Taylor is not in the special position of the bed in which the patient is located (the head end of the bed is raised or lowered), but in the following sequence of therapeutic measures: after emptying the stomach with a large gastric tube, which then is removed, the patient passes through the nose a small stomach tube and is fixed. Then the stomach is aspirated with an interval of half an hour using a 20 cm syringe. We have slightly modified this method by adding a modern antiulcer treatment.

Keywords: peptic ulcer perforation, duodenal ulcer, conservative treatment.

- внутривенная инфузионно-детоксикационная терапия в объеме 40–50 мл/кг массы тела в сутки, которая должна включать в себя солевые растворы, поляризирующий раствор глюкозы, спазмолитики, реамберин, растворы аминокислот;
- парентеральное введение антибиотиков широкого спектра действия, которые есть в наличии;
- обезболивание (наркотические и ненаркотические анальгетики, но только в том случае, если диагноз не вызывает сомнения);
- антисекреторные препараты для парентерального введения — квамател в составе инфузионной терапии утром 40,0 мг внутривенно капельно и вечером внутривенно струйно 20,0 мг на 20,0 мл 0,9% изотонического раствора натрия хлорида в течение всего времени эвакуации или предоперационного периода, либо лосек 20 мг внутривенно струйно, либо

нексиум 20 мг внутривенно струйно 2 раза в сутки.

Данный способ лечения ни в коем случае не конкурирует с оперативным. Он может быть отнесен к категории «методов отчаяния». Следует помнить, что эта методика может быть использована и в предоперационном периоде или при эвакуации большого.

Безусловно, он нами несколько модифицирован добавлением современного противоязвенного лечения. Но главный дискуссионный вопрос заключается в том, почему мы рекомендуем при лечении положение пациента с приспущенным головным концом кровати, а не наоборот — с приподнятым по Фовлеру, как указывается в «Руководстве по неотложной хирургии органов брюшной полости» под редакцией В.С. Савельева [2], в работе Федорова В.Э. [3], в стандартах оказания неотложной хирургической помощи населению в стационарах Санкт-Петербурга [4] и других. В своих

* e-mail: levshin.kon@yandex.ru



Рис. 1. Больница короля Георга, Илфорд, 1912 год.



Рис. 2. Больница короля Георга периода Второй мировой войны, Илфорд.

рекомендациях мы руководствовались тем, что чаще перфорируют язвы при их локализации в двенадцатиперстной кишке — до 75% больных, поэтому логичнее для профилактики затеков в брюшную полость пациента располагать в кровати с опущенным головным концом.

Если вспомнить о классическом консервативном методе лечения перфорированных язв по методу Германа Тейлора, то об особом положении самой кровати в нем ничего не говорится, то есть приподнят её головной конец или опущен, а сказано, что после опорожнения желудка с помощью большого желудочного зонда, который затем извлекается, после расположения в постели в удобном положении ему пропускается через нос маленький желудочный зонд и фиксируется. Затем производится аспирация желудка с интервалом в полчаса с помощью 20 сантиметровой шприца [5].

В связи с поступившими к нам вопросами хочется еще раз вспомнить о выдающемся английском хирурге (некоторые его называют американским военно-морским хирургом, почему?) Германе Тейлоре.

Герман Тейлор, хирург больницы скорой помощи г. Илфорда, открытой в 1912 году (Рис. 1).

Вначале в ней было развернуто 20 коек, а к периоду Второй мировой войны, когда больница присоединилась к службе скорой медицинской помощи, там уже было развернуто 207 коек, из которых 43 было зарезервировано для военнослужащих и пострадавших при воздушных налетах немецкой авиации (Рис. 2).

В ноябре 1945 года, выступая перед членами общества британских гастроэнтерологов, Герман Тейлор сделал сенсационное сообщение о возможности лечения

перфоративных язв двенадцатиперстной кишки без операции — консервативным методом. 28 сентября 1946 г. он опубликовал статью о предложенном им методе в журнале «The Journal — Lancet» (Рис. 3).

Оговоримся сразу, что Герман Тейлор предложил свой метод лечения перфоративных язв двенадцатиперстной кишки для исключительных случаев, когда хирургическая помощь недоступна, например, на кораблях в море. Сенсационному сообщению о возможности лечения перфоративных язв двенадцатиперстной кишки без операции предшествовал большой и честный анализ 28 историй болезни пациентов с данной патологией больницы короля Георга г. Илфорда. Приводим некоторые положения из статьи Германа Тейлора в «The Journal — Lancet» (1946 г.) (текст авторский и не подвергался коррекции):

– Истории болезни.

Они включают только однозначные перфорации с полномасштабной клинической картиной, которые подтверждаются наличием газа под диафрагмой при рентгенологическом исследовании. Три случая сомнительной перфорации или ограниченной утечки из язвы, которая произошла во время проведения эксперимента не входит в перечень. За это время был один случай ошибочного диагноза: мужчина в возрасте 56 лет, страдающий диспепсией, у которого была внезапная продолжающаяся боль четыре часа назад. Была распространенная болезненность и ригидность живота, он лечился с применением аспирации по диагнозу перфоративная язва. Сохраняющиеся абдоминальные боли и устойчивое повышение частоты пульса привело к работе на второй день, когда был обнаружен напряженный желчный

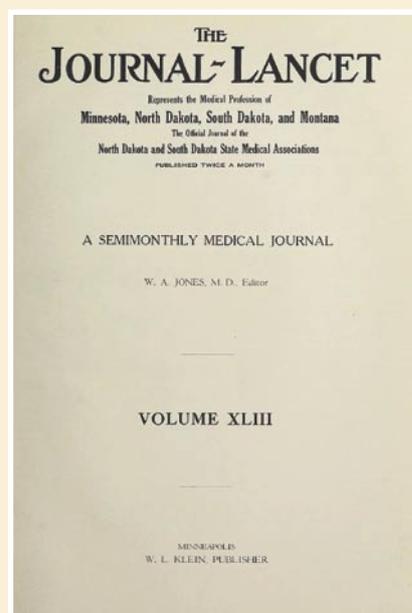


Рис. 3. Титульный лист журнала «The Journal — Lancet».

пузырь и успешно вылечен выполнением холецистостомии. Две перфорации в серии (случай 6 и случай 9) также оперированы на второй день из-за сохраняющейся генерализованной боли в животе. В каждом из них обнаруженная перфорация была запечатана, но собранная стерильная жидкость в области таза и правого фланга живота была успешно удалена. В этом может быть и не было необходимости, но вывод, который должен быть сделан из этих случаев и случая с острым холециститом заключается в том, что выжидательное отношение в ведении пациентов, в итоге не принесет никакого вреда от задержки лечения.

В ранних случаях однажды, возможно, тоже готов был вмешаться и вы-

полнить интеркуррирующую операцию. Таким образом в случае 3 один из моих помощников вставил надлобковую дренажную трубку, которая, к сожалению, привела к фатальной механической непроходимости тонкой кишки в области таза. Еще один пациент умер от легочного эмбола на четвертый день консервативного лечения (случай 10). Вскрытие показало запечатанную перфорацию, собранная жидкость с правого фланга — стерильна, кроме смертельного сгустка. Третьим погибшим оказался мужчина в возрасте 65 лет, госпитализированный через двадцать четыре часа после перфорации, слишком большой для операции (случай 15). Он лечился с применением аспирации в течение одиннадцати часов в тщетной надежде, что он достаточно поправится для операции. Вскрытие показало запечатанную язву на малой кривизне. Ни одна из этих смертей не была вызвана лечением. Действительно в случае 3 фатальная проблема должна быть отнесена к замене на операцию и дренированию, хотя это было непреднамеренно.

В случае 16 метод оказался трагически неудачным. Пациент, огромный неутомимый ирландец, выпил две пинты пива после перфорации и был совершенно неконтролируемым в палате, выпивая ополаскиватель для рта и вытаскивая желудочный зонд. Очевидно, его следовало прооперировать, но это было решено слишком поздно. У него развился локализованный перитонит и тяжелая кишечная непроходимость, которая оказалась смертельна на пятый день. Случай указывает на два главных противопоказания к консервативному методу лечения в раннем периоде — неспособность больного принять лечение спокойно; и предполагаемое присутствие большого количества жидкости (в данном случае пива) в брюшной полости. То же самое относится, когда живот расширен из-за непроходимости, такой как стенозирующая язва, если лечение не было быстрым. Слишком много нельзя требовать от защитной функции брюшины, и должен быть признан предел применимости лечения с этой точки зрения. То, что этот предел есть, достаточно широко говорит тот факт, что 28 случаев были последовательными, хотя очевидно, что последовательность должна была быть прервана одним случаем для операции.

– Клинические случаи.

Случай 1. Мужчина, 49 лет; в анамнезе длительная история язвенной болезни двенадцатиперстной кишки; пер-

форация 4 часа. Аспирация желудка в течение 10 часов. Боль и болезненность уменьшилась. Ассистент прооперировал “уверен, что, перфорация была запечатана.” Это подтвердилось, 10 унций стерильной жидкости было удалено из брюшной полости. Выздоровление.

Случай 2. Мужчина, 31 год, с 6-летней историей заболевания язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; перфорация 3 часа. Консервативное лечение. Боль и болезненность утихла через 2 дня. Пациент вернулся домой через 3 недели.

Случай 3. Мужчина, 57 лет, с 3-х летней историей заболевания язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; перфорация около 7 часов, через 2 часа после еды. Боль и болезненность утихла с 48-часовой аспирацией, но живот был довольно раздут. Частота пульса 100–110.

Ассистент оперировал с диагнозом кишечной непроходимости через 2 дня. Выполнен только надлобковый разрез; удалено 2 унции стерильной жидкости. Вставлен дренаж. Большая улучшилась на второй день, затем вздутие увеличилась, и больной выглядел хуже. Пульс медленно поднимался. Пациент улучшился с зондом Миллера-Эббота, но продолжал болеть.

Операция через 7 суток. Обструкция тонкой кишки в малом тазе, расширение выше и свернута ниже прилипшего изгиба там, где была надлобковая трубка. Она была освобождена, но больной умер через 6 часов. При вскрытии было обнаружено, надежно запечатанную к печени перфорацию. Внутрибрюшного сбора жидкости не было. Смерть наступила от токсикоза кишечной непроходимости из-за дренажной трубки.

Случай 4. Мужчина, в возрасте 52 лет, с 10-летней историей язвенной болезни двенадцатиперстной кишки; перфорация через 3 часа, через 30 минут после еды. Боль прошла после 12 часов аспирации. Болезненность ушла через 3 суток. Домой выписан через 4 недели. Выздоровление без осложнений и операции.

Случай 5. Мужчина, 61 год, с 15-летней историей заболевания язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; перфорация через 5 часов, вскоре после еды. Плохое телосложение, хронический бронхит и эмфизема легких. Одышка при физической нагрузке. Увеличенная простата и хроническое удержание.

Боль и болезненность утихла после 48-часовой аспирации. Растяжение кишечника из-за кишечной непрохо-

димости сохранялось 5 суток, а затем спало. Он выздоровел после некоторого беспокойства относительно кишечной непроходимости. Очень плохой операционный риск.

Через двенадцать месяцев он был прооперирован по поводу рецидива заболевания. симптомы: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с мембранозными спайками к печени. Гастроэнтеростомия. Выздоровление.

Случай 6. Мужчина, 24 года, с диспепсией в анамнезе в течение 2 лет; перфорация 2 часа, прием пищи за 2 часа до этого. Пациент улучшился после 18-часовой аспирации, но боль и болезненность оставалась диффузной. Операция была предпринята в качестве меры предосторожности. Пилорическая область, адгезированная фибрином к печени, не нарушена. Две унции перитонеальной жидкости — стерильно. Не дренирован. Пациент хорошо себя чувствовал в отношении живота. Послеоперационно: постоянная лихорадка и кашель. Мокрота, содержащая микобактерии туберкулеза. Рентгенография показала туберкулез верхушки левого легкого. Последний раз о пациенте слышали в североирландском санатории, состояние хорошее.

Случай 7. Мужчина, 35 лет, с 15-летней историей заболевания язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; перфорация 4 часа. Болезненность утихла после 24-часовой аспирации, домой выписан через 2 недели. Выздоровление прошло без происшествий.

Случай 8. Мужчина, 23 года, с 4-летней историей заболевания язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; перфорация 1,5 часа. Безболезненно после 24-часовой аспирации, живот мягкий через 48 часов. Выздоровление прошло без происшествий. Последующий рецидив язвы. Операция через 4 месяца. Мембранозные спайки между изъязвленной двенадцатиперстной кишкой и печенью. Гастроэнтеростомия. Выздоровление.

Случай 9. Мужчина, 45 лет, с 4-летней историей заболевания язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; перфорация 3,5 часа, через 1 час после еды. Состояние улучшилось после 28 часов аспирации. Постоянная генерализация хотя отмечается снижение болезненности и повышение частоты пульса, показана операция. Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки обнаружена закрытой печенью. Отслоили и зашили. Собравшуюся жидкость в тазу и правом боку дренировали. Жидкость стерильная.

Пациент справился хорошо. Операция, вероятно, была необходима, для удаления жидкости. Из-за 28-часовой задержки ничего не было потеряно. Жидкость была стерильна, а язва запечатана.

Случай 10. Мужчина, 36 лет, с 18-летней историей заболевания язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; перфорация 1,5 часа, через 3 часа после еды. Боль утихла через 6 часов. Болезненность сохранялась в правом боку, наполненность которого указывала на скопление жидкости. Так продолжалось 4 суток и тогда было решено поставить локальный дренаж. Будучи подготовленным к операции, пациент «почернел» и умер мгновенно.

При вскрытии легочная артерия и правое предсердие было заполнено свёртками из глубокой подвздошной и нижних каважных вен. Смерть от легочной эмболии. Стерильный сбор прозрачной желтой жидкости в правом подреберье. Перитонита нет. Перфорация двенадцатиперстной кишки хорошо закрыта печенью.

Случай 11. Мужчина, 36 лет, с 1-летней историей заболевания язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; перфорация в течение 2 часов, через 1 час после еды. Безболезненно после 6 часов аспирации. Болезненность ушла через 2 дня. Выздоровление прошло без происшествий.

Случай 12. Мужчина, 26 лет, с диспепсией в анамнезе в течение 2 месяцев; перфорация в течение 3 часов, через 30 минут после еды. Болезненно после 24-часовой аспирации. Болезненность в правом боку сохраняется 4 дня. Учитывая пенициллин, температура была 38,9 °С. Выздоровление без происшествий. Рентгенография показала язву пилорическую отдела.

Случай 13. Мужчина, 67 лет, в анамнезе хронический бронхит, стенокардия напряжения, диспепсия в анамнезе 10 лет; перфорация язвы в течение 3 часов, через 9 часов после еды. Безболезненно в течение 24 часов. Болезненность прошла через 3 дня. Больной человек при поступлении. Сомнительно если бы он пережил операцию. Устойчивая тенденция к выздоровлению.

Случай 14. Мужчина, 47 лет, с 18-месячной историей заболевания язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; перфорация в течение 2 часов, через 4 часа после еды. Боль продолжалось 2 дня с аспирацией. Болезненность в правом боку сохранялась 6 дней — утихла. Устойчивое выздоровление, хотя и медленнее чем обычно.

Случай 15. Мужчина, госпитализирован в возрасте 65 лет, с хроническим туберкулезом, хронической задержкой мочи, повторная мелена, 12-месячная история ухудшения здоровья, 10-летняя история диспепсии; перфорация язвы в течение 24 часов.

Предполагалось прооперировать этого пациента, если его состояние значительно улучшится. Аспирация 11 часов до смерти. При вскрытии были обнаружены две язвы, одна на середине малой кривизны, вторая препилорическая, которая недавно перфорировала и была запечатана печенью. Малый объем жидкости в брюшинной жидкости, не культивируется. Туберкулез легких, дегенеративный миокард.

Случай 16. Мужчина, 50 лет, с 10-летним анамнезом диспепсии; перфорация 2,5 часа. Пациент выпил две пинты пива что бы уменьшить боль. Частота пульса 120 удара в минуту. Неконтролируемо беспокойный, дрался с медсестрами, вытаскивал желудочный зонд,пил жидкость для полоскания рта. Болезненность уменьшилась при лечении, но живот раздулся и остался таким же. После клизмы, на третий день, у пациента появились еще одна внезапная боль и состояние ухудшилось. Диагностирована повторная перфорация.

Операция отчаяния. Надлобковый дренаж с мешочком гноя. Пациент умер через 3 часа. Вскрытие показало переднюю язву двенадцатиперстной кишки, не адгезивная. Кольцо фибрина вокруг неё и на нижней поверхности печени дало понять, что две поверхности были припаяны какое-то время, а затем снова разделились. Расширенные кишки. Локализации гноя в различных частях живота. Смерть от перитонита и кишечной непроходимости.

Я должен был прооперировать этого человека из-за пива, которое он выпил и из-за его сопротивления лечению.

Случай 17. Мужчина, 26 лет, с 3-летней историей заболевания язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; перфорация в течение 4 часов, через 2 часа после еды. Общая болезненность сохранялась в течение 48 часов до разрешения. Пульс 112 удара в минуту, медленно уменьшался. Остаточная болезненность в правом боку, стихла через 6 дней. Довольно запоздалое разрешение, за которым следует устойчивое выздоровление.

Случай 18. Мужчина, 41 год, с 12-летней историей заболевания язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; перфорация язвы за 2 часа до

поступления, в то время как пациент принимал пищу. Общая боль исчезла через 4 часа. Болезненность в правом боку продолжалось 24 часа. Непрерывное выздоровление.

Случай 19. Мужчина, 32 года, с 4-летней историей заболевания язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; перфорация в течение 1,5 часов, через 3 часа после еды. Боль утихла через 24 часа, болезненность ушла через 48 часов. Непрерывное выздоровление.

Случай 20. Мужчина, 46 лет, с 16-летней историей заболевания язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; перфорация через 6 часов. Боль утихла через 24 часа, болезненность ушла через 4 дня. Непрерывное выздоровление.

Случай 21. Мужчина, 63 года, с гиперплазией, одышкой, цианозом и диспепсией в анамнезе в течение 2 лет; перфорация 4,5 часа. Боль утихла через 3 дня. Пациент чуть не умер от сердечного приступа в первые 3 дня. Диагноз перфорации доказан наличием газа под правым куполом диафрагмы; пациент не мог пережить операцию.

Случай 22. Мужчина, 65 лет, с хроническим бронхитом, одышкой, 30-летняя история заболевания язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; перфорация 2 часа. Болезненность утихла через 3 суток. Непрерывное выздоровление.

Случай 23. Мужчина, 28 лет, без предшествующей диспепсии в анамнезе; перфорация в течение 1 часа, через 4 часа после еды. Боль стихла через 6 часов, болезненность прошла через 2 суток. Непрерывное выздоровление. Рентгенография доказала язву двенадцатиперстной кишки.

Случай 24. Мужчина, 23 года, с 7-летней историей заболевания язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; перфорация в течение 5 часов, через 1 час после еды. Быстрое ослабление боли. Непрерывное выздоровления.

Дело 25. Мужчина, 31 год, с 10-летней историей заболевания язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; перфорация в течение 1 часа, через 30 минут после чая. Боль утихла через 2 дня. Болезненность сохранялась 3 дня, в незначительной степени. Кишечная непроходимость. Медленное, но устойчивое выздоровление.

Случай 26. Мужчина, 36 лет, с 16-летней историей заболевания язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; перфорация в течение 3 часов, через 6 часов после еды. Боль прошла через 6 часов, отсутствие болезненности по-

сле 3 суток. Выздоровление прошло без происшествий.

Случай 27. Мужчина, 50 лет, с 10-летним анамнезом диспепсии; перфорация во время посещения жены в больнице. Газ под диафрагмой. Боль исчезла через 24 часа, болезненность исчезла через 4 суток. Выздоровление прошло без происшествий.

Случай 28. Мужчина, 65 лет, с 20-летней историей диспепсии; перфорация 8 часов, через 1 час после еды. Низкая жизнеспособность; замерз и рухнул. Боль утихла через 12 часов, болезненность — через 3 суток. Выздоровление произошло без происшествий. Гастроскопия на 10-е сутки показала заживление язвы на малой кривизне. Сомнительно, если он пережил бы операцию.

– Смертность и заболеваемость.

Некоторые из пациентов были с очень высокими хирургическими рисками и шансов у них было бы мало, провести им операцию. Случаи 5, 13, 15, 21 и, вероятно, 22 и 28 могут быть помещены в эту категорию без обуславливания любого послеоперационного осложнения в остальных.

Господин Ян Сутар, мой старший хирург, исследовал больничные результаты при старом лечении и сравнил с теми, что мы получили, чтобы поддерживать наше колебание и наш моральный дух после трагического дела 16. Он обнаружил, что за предыдущее пятилетие было 77 перфорированных язв продолжительностью менее двадцати четырех часов, среднее время — пять с половиной часов. Из этих больных 14 умерло, летальность 18%. Больше, чем половина смертей была вызвана сердечной недостаточностью или пневмонией, интересный комментарий к случаям высокого риска, которые не были прооперированы в моем исследовании. Послеоперационный уровень заболеваемости среди выживших составил 46%, половина — от легочной болезни, и четверть связана с раневой инфекцией, нервным расстройством или последующей грыжей. Очевидно, что существует большое соглашение, которое может быть достигнуто без операции, если это будет достигнуто.

24 пациента, которые выздоровели, вышли из больницы через 2–4 недели. Если допустить, что тромбоэмболия легочной артерии, кишечная непроходимость и умирающий пациент могут быть исключены из рассмотрения смертности

при консервативном методе лечения результат таков: 1 смерть в 25 случаях. В качестве первого исследования, эти цифры являются многообещающими и могут быть улучшены с помощью дальнейшего опыта, если повторения случая 16 удастся избежать.

– Обсуждение.

Если эти предварительные результаты будут подтверждены дальнейшими опытами, то, по-видимому, в районе, с хорошей медицинской помощью большинство больных с перфоративной язвой и ранним поступлением в больницу не обязательно должно быть прооперировано. Хирургическое вмешательство должно быть зарезервировано для поздних случаев, пациенты со стенозом пилорического отдела желудка и желудочной дилатацией, и те, кто выпил большое количество жидкости непосредственно перед или после перфорации.

Для малонаселенных районов, кораблей в море или любых случаев, когда квалифицированная хирургическая помощь оказывается не сразу, лечение, описанное выше, или его модификация, которая может быть сделана врачом общей практики, врачом-терапевтом, медсестрой, возможна нетренированным человеком, если доступны желудочный зонд и шприц. Желудочная аспирация обязательно должна проводиться в любом случае перфорации, если нужно долго ожидать хирурга.

– Резюме.

Ранние перфорации будут запечатывать себя, если желудок опустошен и аспирируется. Содержимое желудка в брюшной полости будет стерилизоваться и всасываться, если утечка не является грубой и заражение не повторяется.

Последовательной серии из 28 перфораций, вылеченных с помощью аспирации желудка вместо операции, 24 пациента вылечились. Из 4 смертей 3 не были связаны с консервативным методом лечения.

Предполагается, что описанная методика достойна внимания расширенного исследования в ранних случаях. Операция резервируется для случаев с большим количеством жидкости в брюшной полости или для поздних случаев с установленным перитонитом. Консервативный метод может быть применен там, где хирургическая помощь не доступна.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Неотложная хирургия. Руководство для военно-морских хирургов. / Под ред. Соловьева И.А. — СПб.: МОРСАР АВ, 2017. [*Neotlozhnaya khirurgiya. Rukovodstvo dlya voenno-morskikh khirurgov.* Ed by Solov'ev I.A. St. Petersburg: MORSAR AV; 2017. (In Russ).]
2. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. / Под ред. Савельева В.С. — М.: Триада-Х, 2004. [*Rukovodstvo po neotlozhnoi khirurgii organov bryushnoi polosti.* Ed by Savel'ev V.S. Moscow: Triada-Kh; 2004. (In Russ).]
3. Федоров В.Э. О порядке оказания хирургической помощи при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки // *Журнал МедиАль.* — 2012. — №1. — С. 16–19. [Fedorov VE. O porjadke okazaniya khirurgicheskoi pomoshchi pri perforativnoi yazve zheludka i dvenadtsatiperstnoi kishki. *Zhurnal MediAl'*. 2012;(1):16–19. (In Russ).]
4. emergency.spb.ru [интернет]. Стандарты оказания неотложной хирургической помощи населению в стационарах Санкт-Петербурга. [Standarty okazaniya neotlozhnoi khirurgicheskoi pomoshchi naseleniyu v statsionarakh Sankt-Peterburga. (In Russ).] Доступ по ссылке: <http://www.emergency.spb.ru/2013-05-20-11-11-22/2-uncategorised/529-стандарты-оказания-неотложной-хирургической-помощи-населению-в-стационарах-санкт-петербурга>. Ссылка доступна на 10.03.2020.
5. Taylor H. Perforated peptic ulcer treated without operation. *Lancet.* 1946;2(6422):441–444. Doi: 10.1016/s0140-6736(46)90971-3.