

УДК 616.33+616.34]-007.251-08

Новое — это хорошо забытое старое. Консервативное лечение перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки по методу Тейлора

Э. А. Щеглов^{1, 2}, Н. Н. Алонцева², Е. В. Филиппова²¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Петрозаводский государственный университет», Петрозаводск, Россия

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Карелия

«Республиканская больница скорой и экстренной медицинской помощи», Петрозаводск, Россия

New is a well-forgotten old. Conservative treatment of the stomach and duodenum perforation using the Taylor method

E. A. Shcheglov^{1, 2}, N. N. Alontseva², E. V. Filippova²¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Petrozavodsk State University", Petrozavodsk, Russia² State Budgetary Healthcare Institution of the Republic of Karelia "Republican Hospital of Emergency and Urgent Medical Care", Petrozavodsk, Russia

Аннотация. Статья посвящена методике консервативного лечения перфораций желудка и двенадцатиперстной кишки по методу Н. Taylor. Приводится литературный обзор с точным описанием исходной авторской методики. Ряд авторов считает возможным использовать его как основной метод лечения в определенных ситуациях, другие рассматривают его лишь как «метод отчаяния», когда хирургическое лечение по целому ряду причин невозможно. Дается описание клинического случая успешного лечения пациента с перфорацией опухоли желудка по данному методу. Метод Н. Taylor при всей его неоднозначности позволяет в ряде случаев обойтись без хирургического вмешательства. Он однозначно применим при категорическом отказе больного от операции. Аспирация желудочного содержимого может дать возможность выиграть время в случае отсрочки выполнения операции по техническим причинам. Широкое его применение в настоящий момент авторы считают нецелесообразным, но по мере совершенствования антибактериальной и противоязвенной терапии, возможно, произойдет расширение показаний к его применению.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; рак желудка; перфорация; прободение; консервативная терапия.

Abstract. The article is devoted to the method of conservative treatment of gastric and duodenal perforations using the H. Taylor method. A literature review with an accurate description of the original author's method is provided. A number of authors consider it possible to use it as the main method of treatment in certain situations, while others consider it only as a "method of despair" when surgical treatment is impossible for a number of reasons. A description of a clinical case of successful treatment of a patient with a perforated gastric tumor using this method is given. The H. Taylor method, despite its ambiguity, allows in some cases to do without surgical intervention. It is definitely applicable when the patient categorically refuses surgery. Aspiration of gastric contents can make it possible to gain time in the event of a delay in performing surgery for technical reasons. The authors consider its widespread use to be inappropriate at the moment, but as anti-bacterial and antiulcer therapy improves, the indications for its use may expand.

Keywords: gastric ulcer and duodenal ulcer; gastric cancer; perforation; conservative therapy.

Конфликт интересов отсутствует.

Несмотря на очевидные успехи в лечении язвенной болезни, проблема лечения ее осложнений остается до конца не решенной. Одним из таких грозных осложнений является прободение, которое может встречаться как при перфорации язвы, так и при перфорации злокачественного новообразования. Особенную сложность у таких пациентов создает то, что начало их лечения не допускает отсрочки и решение об этом должно быть принято здесь и сейчас.

Конечно, давно в прошлом осталась ситуация, описанная профессором Фёдором Уденом в 1816 году: «При прорывливании желудка больного объемлет тоска, сопровождаемая ворчанием в брюхе, кислой воющей отрыжкой, рвотой, запором, в членах слабость,

лицо бледно, конечности слабеют, горечь терзает душу больного. К тому же присовокупляется холодный пот, икота, боли в спине, кои прекращаются только со смертью». Однако до сих пор, по данным клинических рекомендаций 2015 года, прободная язва встречается у 13,5 на 100 000 населения [1], а летальность составляет от 5 до 17,9% [2]. Говоря о перфорации опухоли желудка, следует отметить, что она является одним из наиболее часто встречающихся осложнений злокачественного новообразования, требующего хирургической коррекции.

В России, согласно существующим представлениям, основным методом лечения является хирургический. Консервативное лечение в случае перфорации

опухоли желудка обычно не рассматривается вообще, а в случае прободения язвы желудка консервативная терапия по методу Тейлора может применяться в случае отказа пациента от операции. Все же в случае хирургического лечения перфорации опухоли желудка зачастую возникает противоречие между позицией urgentного хирурга, стремящегося минимизировать объем срочной операции, и онколога, стремящегося к радикальному лечению [3].

Однако нельзя не признать, что существуют, к сожалению, ситуации, когда даже минимальное вмешательство (ушивание язвы) может оказаться невыполнимым. Это может быть связано и с тяжелым состоянием пациента, и с возможностями хирурга в маленькой участковой больнице. В случае перфорации опухоли ситуация становится еще более сложной. Ведь в отличие от прободения язвы, когда возможно выполнить ушивание отверстия, ушить перфорацию опухоли крайне сложно, если не невозможно. И, таким образом, хирург исходно оказывается перед необходимостью выполнять операцию большого объема. Во всех таких ситуациях врачи должны иметь «запасной вариант», который можно было бы применить при невозможности хирургического лечения. Таким вариантом может стать метод Тейлора.

Небольшая историческая справка. Несмотря на название, Hermon Taylor не является первым врачом, который применил этот метод. В 1843 году в журнале *Lancet* была опубликована статья хирурга Edwards Crisp Esq. [4], в которой он упоминает возможность консервативной терапии перфорации, причем, говоря о причинах перфорации, упоминает в том числе и перфорацию опухоли (рисунок 1). Е. Crisp выдвинул предположение, что самостоятельная перфорация происходит вследствие адгезии данной зоны как результат воспалительной реакции.

В 1933 году о применении данного метода у трех пациентов, которые отказались от хирургического лечения перфорации, рассказал О. Н. Wangensteen [5], а в 1945 году F. P. Turner применил, в 1951 году описал применение аспирации и антибиотикотерапии у 6 пациентов [6]. Но подробное и точное описание метода было сделано Н. Taylor в ноябре 1945 года во время выступления на английском обществе гастроэнтерологов и опубликовано в журнале *The Lancet* 28 сентября 1946 года [7] (рисунок 2).

В статье были описаны 28 случаев консервативного лечения перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. Во всех случаях диагноз был подтвержден данными рентгенографии с выявлением свободного газа в брюшной полости. Из 28 умерло 4 пациента, однако, по данным автора, 3 случая были связаны не с консервативным лечением, а с тромбоэмболией легочной артерии, кишечной непроходимостью и исходно тяжелым состоянием пациента, страдающего туберкулезом, хронической задержкой мочи, повторной меленой (вероятно, перфорация сочеталась с гастродуоденальным кровотечением). Только в одном случае летальный исход был связан с консервативной терапией, он случился у 50-летнего ирландца, который «выпил две пинты

пива, чтобы уменьшить боль. Неконтролируемо беспокойный, дрался с медсестрами, вытаскивал желудочный зонд, пил жидкость для полоскания рта».

Методика лечения, которую применял Н. Taylor в госпитале г. Илфорда, подробно описана в статье. В статье очень подробно описана техника метода, поэтому считаем целесообразным привести перевод этой части статьи дословно, используя язык автора:

«Если решение о консервативном лечении принято, то пациент получает морфин 1/4 г внутривенно, возможно двукратно при необходимости, и рассасывает таблетку аметокаина 1 г. Когда таким образом его боль и беспокойство притупляются, а горло становится нечувствительным, его желудок опорожняется с помощью большой желудочной трубки, присоединенной к бутылке для желудочного отсасывания Сенорана. Затем трубку извлекают, и пациента отправляют в палату. Когда он удобно устроился в постели, через нос вводится небольшая желудочная трубка и фиксируется в положении, и содержимое желудка аспирируется с интервалом в полчаса с помощью шприца объемом 20 см³. Количество выведенной жидкости плюс три пинты в течение 24 часов вводится ректально, подкожно или внутривенно. Можно давать пить жидкость маленькими глотками, при условии, что они сразу же будут аспирированы; в противном случае ничего не позволительно принимать через рот в течение первого дня. Химиотерапевтические препараты могут вводиться инъекционно, если необходимо.

Лечение продолжается в течение вторых 24 часов, но теперь почасовые аспирации следуют за питием 1 унции воды. Смесь молока и воды заменяется на третий день, и трубка извлекается, когда оценка объема жидкости показывает, что количество, принятое через рот, проходит в кишечник и не скапливается в желудке. Последующее лечение точно так же, как при острой неперфорированной язве, с градуированной диетой, маслом, порошком и т. д.

При таком режиме боль быстро уменьшается, и пациент обычно чувствует себя комфортно в течение двенадцати часов или около того. Интересно наблюдать за исчезновением признаков боли постепенно от левой нижней части живота к эпигастрию и правому боку, где болезненность может сохраняться в течение нескольких дней. Постоянная трубка является источником дискомфорта для пациента, но обычно с радостью переносится, когда ему объясняют, что альтернативой является операция.

Обычно наблюдается очень мало функциональных нарушений, и частота пульса остается примерно нормальной. Непроходимость кишечника может ожидать при не столь ранней перфорации (вероятно, имеется в виду срок между перфорацией и началом лечения — *примечание автора статьи*), в этих случаях может потребоваться продолжение аспирации дольше, чем обычно. Противопоказания к применению метода будут рассмотрены далее. Если показания к консервативной терапии были выставлены правильно, то серьезная непроходимость кишечника не должна развиваться.

Лечение создает немного большую нагрузку на медсестер, чем если бы пациент был прооперирован, но оно требует от них понимания необходимости смены зонда. Сухая аспирация никогда не должна при-

ниматься как доказательство пустого желудка, если небольшой объем жидкости через рот не может быть немедленно выведен через трубку».

LIVER DISEASE.—PERFORATION OF THE STOMACH.

639

activity the present dormant influences. I do not expect that under any plan there will speedily be permanent benefit; and, although there may be, and most likely will be, fluctuations, real improvement to the constitution can accrue but slowly.

LIVER DISEASE. ABSENCE OF THE GALL BLADDER, WITH GREAT ENLARGEMENT OF THE VENA PORTÆ.

A WOMAN, sixty-seven years of age, had suffered from jaundice for about seven years, when she became attacked by vomitings, nausea, alternating diarrhoea and constipation, and a dull pain in the region of the liver. With these disturbances she came into the Hôtel Dieu of Lyons, where in a few days she died. On opening the body the liver was found of a dirty greenish-yellow colour and small, contrasting strongly in this respect with the vena portæ, which was, at least, double the size of the vena cava inferior. At the place where this vein was about to ramify in the liver a cylindrical body was found, of a blackish colour, an inch (2.13 centimetres) in length, and weighing about a drachm. The extremity opposite to the substance of the liver was rounded; that towards the vena portæ presented a depression "such as might be impressed on a soft substance by the undulations of a current of fluid." Similar concretions were met with in different parts of the liver. The place of the gall-bladder was occupied by a small hard tumour, a rounded calculus, as large as a small walnut, less than a drachm in weight, enclosed within a cyst. The gall-duct had been converted into a fibrous cord, and the hepatic artery was much smaller than naturally. The spleen and pancreas were large. The concrete cylindrical body in the vena portæ was found to consist of cholesterine, stearine, yellow-colouring, and resinous matters, picromel, magnesian salts, and other constituents of bile.—*Journal de Med. de Lyon.*

MONSTER.—A very large acephalous foetus was recently laid before the French Academy of Medicine, by M. Chailly. The cavity of the cranium was almost wholly wanting, the bones of its base and vault being both thickened and approximated, leaving a vacant space at the summit, where the scalp also was absent. The brain was replaced by a soft fibrous substance, subdivided into lobes, and traversed by sinuses gorged with blood. The degeneration of the brain was partaken in by all the cerebral nerves except the frontal branches of the ophthalmic (fifth), which preserved their normal character.—*Bulletin de l'Acad. Royale.*

CASES OF

PERFORATION OF THE STOMACH,

WITH DEDUCTIONS THEREFROM RELATIVE TO THE CHARACTER AND TREATMENT OF THAT LESION.

By EDWARDS CRISP, Esq., Surgeon,
Walworth.

SEVERAL treatises upon this disease have been written by continental physicians during the last fifteen years. The subject, however, has been but little attended to in this country; for although a large amount of information exists in the medical journals in the form of cases and short essays, but few communications of a comprehensive character are to be met with. Among the few I may mention, particularly, the papers of Messrs. Taylor and Williamson, the first in the "Guy's Hospital Reports" (1829,) and the latter in the "Dublin Journal" (1841). The various authors whom I have consulted differ much respecting the nature, cause, &c., of these lesions, and the discrepancies appear to me to arise from the very common error amongst medical writers of drawing conclusions from a few facts. I shall endeavour to avoid this by selecting a large number of cases from which I can deduce my inferences.

Perforations of the stomach arise from three causes, viz., external violence, poison, and from simple or malignant ulceration. The perforation from the action of the gastric juice I believe is invariably a post-mortem occurrence, and therefore is not included. Spontaneous perforations of the stomach have been divided into two classes, viz., those arising from malignant disease, and those produced by simple ulceration. It is my intention in the present paper to notice only the latter, which are of much more frequent occurrence, and, in a medico-legal point of view, of greater interest. The best pathological description I have met with of this disease is in Baillie's "Morbid Anatomy" (1795. American edition).

"Opportunities occasionally offer themselves of observing ulcers of the stomach. These sometimes resemble common ulcers in any other part of the body, but frequently they have a peculiar appearance; many of them are surrounded with hardly any inflammation, nor have they irregular eroded edges as ulcers generally have, nor is there any particular diseased alteration in the structure of the stomach in the neighbourhood. They appear very much as if some little time before a part had been cut out from the stomach with a knife, and the edges had healed, so

Рисунок 1. Оригинальная статья Е. Crisp, 1843 год

PERFORATED PEPTIC ULCER TREATED WITHOUT OPERATION*

HERMON TAYLOR

M.A., M.D., M.Chir. Camb., F.R.C.S.

ASSISTANT SURGEON, LONDON HOSPITAL; SURGEON, KING
GEORGE HOSPITAL, ILFORD; CONSULTING SURGEON,
ENFIELD WAR MEMORIAL HOSPITAL

It has long been a rule of surgical practice that perforated peptic ulcer should be treated by immediate operation to suture the perforation and drain the peritoneal cavity. It is, however, questionable whether all cases of perforation should be lumped together indiscriminately in this way. The gravity of the crisis depends not so much on the fact of the perforation as on the likelihood of a fatal peritonitis. But the factors which determine this issue—the interval between perforation and treatment, and the amount and character of the leakage from the stomach—vary within the widest limits. Automatic surgical intervention takes no account of this variation, nor does it recognise the existence of the natural defence mechanism within the peritoneal cavity.

It must not be forgotten that the peritoneum, with its copious blood-supply and lymph drainage, its endothelial cells and phagocytes, is specially adapted to overcome infection. It can sterilise and absorb a considerable quantity of infective fluid, provided the contamination is not repeated before the peritoneum has had time to recover from the damage suffered in the process. To state this is to put the problem of perforated ulcer in its proper perspective. Obviously if an infective peritonitis is already established as the result of delayed treatment or gross flooding of the peritoneal cavity there is no alternative to the classical operation, since drainage is essential. But if the contamination which has taken place can be checked at the source without operation, before it has overcome the peritoneal defence, no drainage is necessary, and the patient will recover spontaneously.

A method of achieving this is described here, the effect of which is to reduce the problem in any one case of perforated ulcer to an assessment of the degree of leakage that has taken place. The decision to interfere surgically will depend on this assessment, but in the great majority of cases it will not be necessary, as the present case-reports show.

DEVELOPMENT OF THE CONSERVATIVE METHOD

It will perhaps be useful to describe how I came to make this departure from established practice.

In operating on early perforations in the usual way, I repeatedly found that the peritoneal fluid was sterile on culture, and therefore I began to dispense with the drainage-tube more and more, without encountering any case of delayed peritonitis as a result. But the crucial experience was that from time to time there occurred cases in which I opened the abdomen only to find the perforation already sealed off by adhesion to a neighbouring viscus, usually the under surface of the liver. The firmness with which the adherent surfaces were applied to each other, and the difficulty in separating them to suture the perforation, suggested that this was in fact unnecessary. When a similar case occurred later, therefore, I left the sealed-off perforation undisturbed without any untoward sequelae, but it was obvious that I had performed a useless operation, having neither drained the peritoneal cavity nor sutured the perforation.

I collected 8 cases of this nature and found that the factor common to them all was that the patient's last meal had been eaten some time before the perforation—i.e., the stomach was relatively empty at the time. Consequently, not without trepidation, I tried to repro-

duce this condition in early cases by substituting gastric aspiration for operation, relying on the peritoneum to deal with the fluid that had already escaped, and on local adhesion to seal off the dried-up perforation.

The results were satisfactory beyond my expectation. Since January, 1945, 28 consecutive cases have been treated in this way; 24 patients made an uneventful recovery, 3 died from causes unconnected with the treatment, and 1 died who might have been saved by immediate operation, if I had had the experience at the time to recognise the limits of applicability of the conservative method. With the experience that has been gained and is now recorded, such an error in the selection of treatment should be avoidable in future.

CLINICAL PROCEDURE

At King George Hospital, Ilford, when a case of perforated ulcer is received, the decision whether to apply conservative treatment or to operate is made in the receiving-room (see below). If conservative treatment is adopted, the patient receives morphine gr. $\frac{1}{4}$, intravenously, repeated if necessary, and sucks a lozenge of amethocaine gr. 1. When thereby his pain and anxiety are dulled and his throat has become insensitive, his stomach is emptied with a large stomach-tube attached to a Senoran's gastric-suction bottle. The tube is then withdrawn, and the patient is sent to the ward. When he has been made as comfortable as possible in bed, a small stomach-tube is passed through the nose and fixed in position, and the stomach is aspirated at half-hour intervals with a 20 c.cm. syringe. The quantity of fluid withdrawn plus three pints in the twenty-four hours is administered rectally, subcutaneously, or intravenously. Small sips can be given, provided they are aspirated out again at once; otherwise nothing is allowed by mouth for the first day. Chemotherapeutic agents may be given by injection if necessary.

The treatment is continued during the second twenty-four hours, but now hourly aspirations are followed by drinks of 1 oz. of water. A mixture of milk and water is substituted on the third day, and the tube is removed when the fluid chart indicates that the amount taken by mouth is passing into the intestine and is not collecting in the stomach. Subsequent treatment is exactly as for acute non-perforated ulcer, with graduated diet, oil, powder, &c.

On this régime pain diminishes rapidly, and the patient is generally comfortable within twelve hours or so. It is interesting to observe the disappearance of the signs progressively from the left lower abdomen towards the epigastrium and right flank, where tenderness may persist for some days. The indwelling tube is a source of discomfort to the patient, but is usually gladly borne when it is explained that the alternative is an operation.

There is usually very little constitutional disturbance, and the pulse-rate remains about normal. Ileus may be expected in the not-so-early perforation, for which it may be necessary to continue the aspiration longer than usual. The limiting factor in the selection of cases is implied in this consideration and will be discussed further. If proper judgment has been exercised, a serious ileus should not develop.

The treatment throws little more strain on the nurses than if the patient had been operated on, but it does require from them an appreciation of the fickleness of stomach-tubes. A dry aspiration should never be accepted as evidence of an empty stomach, unless a small drink by mouth can be immediately withdrawn through the tube.

CASE-RECORDS

The case-records include only unequivocal perforations with full-scale rigidity and tenderness, some being confirmed by the radiological demonstration of gas under

* Read before the Society of British Gastro-Enterologists, November, 1945.
6422

Рисунок 2. Первая страница статьи Н. Taylor в журнале The Lancet с описанием техники метода

Противопоказаниями к использованию данного метода Н. Taylor считает длительный срок от момента перфорации, наличие пилоростеноза и употребление большого количества жидкости непосредственно перед и после перфорации. Обязательную эвакуацию желудочного содержимого автор рекомендует для случаев, когда требуется долгое ожидание хирурга перед операцией.

Хочется обратить внимание на необходимость предварительной аспирации желудочного содержимого через толстый зонд. Автор акцентирует на этом внимание, видимо, понимая, что тонкий назогастральный зонд не позволит адекватно удалить съеденную ранее твердую пищу. Кроме того, бросается в глаза тщательный подход к учету вводимой и выводимой жидкости и необходимость немедленной аспирации введенной

в первые сутки через рот жидкости. Вероятно, в таком скрупулезном подходе и кроется успех метода.

В своей статье 2020 года сотрудники Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова МО РФ также рекомендуют использовать модифицированный ими метод Тейлора во время предоперационной подготовки и на этапах эвакуации. По мнению авторов статьи, метод был хорошо воспринят военно-морскими хирургами [8].

Однако следует сказать, что данный метод не получил широкого распространения ни в СССР, ни в России. Одним из показаний к его применению является, по мнению А. Ф. Черноусова, Н. А. Смотровой и Д. П. Канаева, отказ больного от операции [9–11]. А. А. Шалимов считает возможным использовать его только в случае перфорации острых язв или при тяжелом состоянии

больного, когда выполнение лапаротомии невозможно [12]. По данным Ю. М. Панцырева и А. А. Гринберга, консервативное лечение не может играть самостоятельной роли в случае прободной язвы [13]. При перфорации опухоли желудка рекомендовано использовать аспирацию желудочного содержимого по Вангенсти-ну — Тейлору только в сочетании с предварительно выполненной герметизацией перфоративного отверстия по Оппелю — Поликарпову в случае отсутствия хирурга, владеющего техникой радикальной операции [14]. По мнению автора, это позволит «выиграть время для ...перевода больного в другое лечебное учреждение, где может быть выполнена резекция».

Таким образом, сформировалось мнение, что метод активной аспирации является методом отчаяния при невозможности хирургического лечения пациента.

В зарубежной литературе отношение к методу Тейлора несколько более положительное. Было опубликовано несколько ретроспективных серий с положительными результатами до 80% [15–18]. Однако в одном из обзоров указано, что в случае неэффективности данного метода оперативное лечение будет выполнено с большой задержкой, что приводит к летальности до 50% [16].

В результате возникает вопрос о критериях отбора пациентов для консервативного лечения. По итогам проспективного исследования, включавшего 82 пациента, опубликованного в 2004 году [19], были сформулированы следующие противопоказания для применения метода Тейлора: большой объем пневмоперитонеума, видимый на рентгенограмме брюшной полости в положении стоя, болезненность при пальцевом ректальном исследовании, перкуторный тимпанит, признаки раздражения брюшины и возраст старше 59 лет. По данным других литературных источников, факторами риска неудачи могут быть возраст старше 70 лет, задержка более 12 часов до начала консервативного лечения и гемодинамическая нестабильность [20–22]. По данным авторов, возраст от 59 до 70 лет является фактором риска, так как ассоциируется с большим количеством сопутствующих заболеваний, большой срок от момента перфорации до начала лечения увеличивает риск развития перитонита, который сам по себе требует хирургического лечения.

Одним из важных минусов консервативного лечения является невозможность точной диагностики патологии. В этом случае рекомендуется выполнение ФГДС через 6 недель после успешного консервативного лечения, чтобы подтвердить заживление язвы и выполнить биопсию для исключения малигнизации [16].

К настоящему моменту сформированы две группы кандидатов на консервативное лечение перфорации: пациенты с благоприятным прогнозом без критериев исключения и группа пациентов, для которых по тяжести состояния консервативное лечение является единственным возможным методом [23]. Однако наличие столь большого количества публикаций, посвященных этому методу, говорит о серьезном к нему отношении и необходимости продолжения исследований в данном направлении.

Хочется завершить краткий литературный обзор и сказать, что метод Тейлора остается достаточно спорным. Ряд авторов считает возможным использовать его как основной метод лечения в определенных ситуациях, другие рассматривают его лишь как «метод отчаяния», когда хирургическое лечение по целому ряду причин невозможно.

Хотим поделиться нашим опытом лечения пациента с перфорацией опухоли желудка по методу Тейлора. Сразу оговоримся, что в нашей практике это был единственный случай и из его успеха никоим образом нельзя делать выводы о возможности широкого применения данного метода.

Описание клинического случая. Больной В., 78 лет, был госпитализирован в хирургическое отделение Больницы скорой медицинской помощи г. Петрозаводска с клиникой перфорации желудка. Из анамнеза известно, что за полтора года до госпитализации пациенту выполнялась РПХГ по поводу холедохолитиаза. Пациент страдает гипертонической болезнью (АГ 3, риск 4), церебральным атеросклерозом, ХНМК 4, перенес острый инфаркт миокарда, ХСН 2А ст. Также у пациента ранее выявлялось атеросклеротическое поражение артерий нижних конечностей, окклюзия бедренно-подколенного сегмента с обеих сторон, ХАН 2А ст. За год до настоящей госпитализации у пациента было выявлено злокачественное новообразование желудка, пациент категорически отказался от хирургического лечения опухоли, получает консервативную терапию.

Больной поступил через 2–3 часа с момента развития болей в брюшной полости. При поступлении выявлено напряжение и болезненность передней брюшной стенки в эпигастрии и по правому фланку живота, перкуторно отсутствие печеночной тупости. По данным рентгенографии брюшной полости в вертикальной позиции с захватом поддиафрагмального пространства выявлено наличие свободного газа под правым куполом диафрагмы. В связи с данными осмотра и анамнеза было высказано предположение о наличии у пациента клиники перфорации рака желудка. Пациенту было предложено срочное хирургическое лечение, от которого он категорически отказался. Неоднократно проводились консилиумы с участием заведующего отделением и заместителя главного врача по хирургии, пациенту и его родственникам объяснялись риски отказа от операции.

Несмотря на все усилия, пациент отказывался от операции. В этой связи как единственный метод лечения больного был предложен метод активной аспирации желудочного содержимого по методу Н. Taylor. Был установлен назогастральный зонд, через который с интервалом в 1–2 часа проводилась аспирация желудочного содержимого. Больному была назначена антибиотикотерапия препаратами широкого спектра из группы защищенных аминопенициллинов, терапия ингибиторами протонной помпы и инфузионная терапия с полным парентеральным питанием.

На фоне проводимой консервативной терапии отмечено уменьшение, а затем и ликвидация болевого

синдрома через 3 суток с момента начала лечения. Восстановился пассаж содержимого по кишечнику и ликвидирован сброс по назогастральному зонду, что позволило перейти к пероральному приему пищи. На 4-й день с момента начала лечения была выполнена спиральная компьютерная томография брюшной полости. По данным СКТ между левой долей печени и стенкой желудка определяется ограниченное скопление жидкости неправильной формы, размерами $190 \times 60 \times 95$ мм, ориентировочным объемом 500 мл. От выполнения пункции решено отказаться в связи со стабильным состоянием пациента, его негативным отношением к любым манипуляциям и отсутствием адекватной траектории пункции. Состояние пациента постепенно улучшалось. На 8-е сутки с начала лечения было выполнено ультразвуковое исследование. По данным УЗИ в области левой доли печени выявлена гипоехогенная зона до 134×60 мм с множественными гиперэхогенными перегородками и незначительным анэхогенным компонентом. Подобная зона также определяется в серповидной связке печени, размерами $52 \times 45 \times 23$ мм. По данным лабораторного исследования сохранялся незначительный лейкоцитоз, в биохимическом анализе крови повышение уровня фибриногена до 4,94, трансаминаз и билирубина. В остальном без патологии. Назогастральный зонд был удален. Нормализован пероральный прием пищи с восстановлением стула. Жалобы со стороны брюшной полости полностью отсутствовали, и пациент был выписан на амбулаторное лечение с рекомендацией явки к онкологу.

Через 17 дней с момента выписки пациент был повторно госпитализирован в отделение с признаками антибиотикоассоциированной диареи на фоне прове-

денной антибиотикотерапии. После проведенной консервативной терапии признаки диареи ликвидированы. По данным УЗИ в области левой доли выявлено анэхогенное образование с четким контуром 11×26 мм. Выполнена фиброгастроскопия. Описание: стенки желудка эластичные, складки сглажены, в средней трети деформированы, утолщены, расправляются с трудом. По задней поверхности в этой области бугристое образование с гиперемированной поверхностью размером $2 \times 3 \times 1,5$ см. Взята биопсия 4 кус. Больной был выписан на амбулаторное лечение с рекомендацией явки к онкологу. В дальнейшем в стационар по поводу данной проблемы не обращался.

Заключение. Метод Н. Taylor при всей его неоднозначности позволяет в ряде случаев обойтись без хирургического вмешательства. Он однозначно применим при категорическом отказе больного от операции. Аспирация желудочного содержимого может дать возможность выиграть время в случае отсрочки выполнения операции по техническим причинам. Широкое его применение в настоящий момент авторы считают нецелесообразным, но по мере совершенствования антибактериальной и противоязвенной терапии, возможно, произойдет расширение показаний к его применению, хотя это, скорее всего, дело отдаленного будущего.

Еще раз хочется акцентировать внимание на вопросе тщательного учета вводимой и выводимой жидкости и немедленной эвакуации введенного содержимого. Метод Тейлора будет «работать» только при условии строжайшего соблюдения этих принципов. В случае ненадлежащего сестринского ухода применение его абсолютно невозможно.

Литература

1. Прободная язва : национальные клинические рекомендации. — 2016 // Российское общество хирургов : сайт.
2. Вавринчук С. А., Косенко П. М., Чернышов Д. С. Современные аспекты хирургического лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. — Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2013. — 241 с.
3. Будурова М. Д., Давыдов М. М., Герасимов С. С., Филатов А. А. Перфоративный рак желудка // Онкология. Журнал им. П. А. Герцена. — 2019. — № 1. — С. 63–70.
4. Crisp E. Cases of perforation of the stomach, with deductions therefrom relative to the character and treatment of that lesion // The Lancet. — 1843. — Т. 40, № 1040. — С. 639–649.
5. Wangenstein O. H. Non-operative treatment of localized perforations of the duodenum // Minn. Med. — 1935. — Т. 18. — С. 477–478.
6. Turner F. P. Acute perforations of stomach, duodenum and jejunum; an analysis of 224 cases with late follow-up data on 147 cases of acute perforated peptic ulcer // Surgery, gynecology & obstetrics. — 1951. — Т. 92, № 3. — С. 281–295.
7. Taylor H. Perforated peptic ulcer treated without operation // The Lancet. — 1946. — Т. 248, № 6422. — С. 441–444.
8. Соловьев И. А., Уточкин А. П., Левшин К. А. О методе лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки по Герману Тейлору // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова. — 2020. — Т. 15, № 2. — С. 193–197.
9. Канаев Д. И. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка // Вестник хирургии. — 1987. — № 8. — С. 53.
10. Смотров Н. А. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка // Хирургия. — 1985. — № 10. — С. 108.
11. Черноусов А. Ф., Богопольский П. М., Курбанов Ф. С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки : рук. для врачей. — Москва : Медицина, 1996. — 256 с.
12. Шалимов А. А., Саенко В. Ф. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. — Киев : Здоровье, 1972. — 355 с.
13. Панцырев Ю. М., Гринберг А. А. Ваготомия при осложненных дуоденальных язвах. — Москва : Медицина, 1979. — 159 с.
14. Гешелин С. А. Неотложная онкохирургия. — Киев : Здоровья, 1988. — 200 с.
15. Giacchi R. et al. A conservative Taylor's method in the treatment of peptic perforation // Il Giornale di Chirurgia. — 1990. — Т. 11, № 11–12. — С. 640–642.
16. Marshall C. et al. Evaluation of a protocol for the non-operative management of perforated peptic ulcer // British journal of surgery. — 1999. — Т. 86, № 1. — С. 131–134.
17. Gul Y. A., Shine M. F., Lennon F. Non-operative management of perforated duodenal ulcer // Irish Journal of Medical Science. — 1999. — Т. 168. — С. 254–256.

18. Rahuman M. M., Saha A. K., Rahim A. Experience of peptic ulcer perforation over a decade in a teaching hospital of southern Bangladesh // Ceylon Medical Journal. – 2011. – Т. 48, № 2.
19. Songne B. et al. Non operative treatment for perforated peptic ulcer: results of a prospective study // Annales de chirurgie. – 2004. – Т. 129, № 10. – С. 578–582.
20. Zittel T. T., Jehle E. C., Becker H. D. Surgical management of peptic ulcer disease today — indication, technique and outcome // Langenbeck's archives of surgery. – 2000. – Т. 385. – С. 84–96.
21. Oulhaci W. Results of conservative treatment for perforated gastroduodenal ulcers in patients not eligible for surgical repair // Swiss medical weekly. – 2007. – Т. 137, № 2324. – С. 337–340.
22. Crofts T. J. et al. A randomized trial of nonoperative treatment for perforated peptic ulcer // New England Journal of Medicine. – 1989. – Т. 320, № 15. – С. 970–973.
23. Mouly C. et al. Therapeutic management of perforated gastro-duodenal ulcer: literature review // Journal of visceral surgery. – 2013. – Т. 150, № 5. – С. 333–340.

Сведения об авторах

Щеглов Эрнест Анатольевич, д-р мед. наук, доцент, профессор кафедры общей и факультетской хирургии, Петрозаводский государственный университет

Адрес: Республика Карелия, г. Петрозаводск, пр-т Ленина, 33; телефон 8 814-2 71-10-01; электронная почта ernestsheglov@gmail.com

Алонцева Наталья Николаевна, канд. мед. наук, главный врач ГБУЗ РК «Республиканская больница скорой и экстренной медицинской помощи»

Электронная почта nnalontsevabsmp@gmail.com

Филиппова Елена Викторовна, заведующая хирургическим отделением № 1 ГБУЗ РК «Республиканская больница скорой и экстренной медицинской помощи»

Электронная почта elenafil@mail.ru
