

К вопросу о послеоперационном лечении гэморроя.

Д-ра А. И. Иванченко.

В последнее время вопрос о хирургическом лечении гэморроя не сходит со столбцов русских журналов, причем в этой области до сих пор замечается большое разнообразие мнений, и выдвигаются различные оперативные модификации. Оставляя последние в стороне, я коснусь в настоящей статье только вопроса о послеоперационном лечении гэморроя.

Если мы обратимся к руководствам по хирургии, оперативной и частной, то увидим, что почти всюду в них рекомендуется после операции гэморроя вставлять в задний проход дренажную трубку, обернутую простой или подоформенной марлей, и давать больному опий (Карпинский, Караваев, Esmarch и Kowalzig, Kocher, Тихов, Wullstein и Wilms, Pels-Leusden, Бенгловский и др.). Дренажная трубка рекомендуется для того, чтобы дать защиту от инфекции, обеспечить отхождение газов и выходение содержимого кишок и, кроме того, прижимать стенки кишки и тем самым останавливать паренхиматозное кровотечение, которое легко может быть в рыхлой подслизистой клетчатке. Что касается опия, то он дается для того, чтобы задержать перистальтику кишечника, не допустить ранней дефекации и уменьшить боли.

Такой именно способ ведения послеоперационного периода применяли и мы до 1926 года, когда через наши руки прошло 53 случая перевязки кишок с предварительной надрезкой их у основания и 10 случаев операции по Whitehead'y. Из этих 63 случаев, проведенных после операции с дренажем и опием, в 8 имело место самостоятельное мочеиспускание, в 34—задержка мочи до 5—7 суток, в остальных 21 случае в историях болезни нет никаких указаний на этот счет. Из 34 случаев ишурии в 19 отмечалось наступление самостоятельного мочеиспускания в день или на следующий день после удаления дренажа, что важно отметить в смысле выяснения вопроса о влиянии дренажа на столь тягостное для больного осложнение, ибо ни впрыскивание глицерина в уретру, ни инъекции 25% раствора сернокислой магнезии, ни дача sol. kalii acetici 20: 300,0 через $\frac{1}{2}$ часа по столовой ложке не вызывали в этих случаях мочеиспускания.

Удалялся дренаж обычно на 4-е—6-е сутки; тогда же давалось слабительное. Вытянутая дренажная трубка обыкновенно была покрыта со стороны прямой кишки разложившейся слизью и некротизированными кусками слизистой, а иногда калом и издавала зловонный запах. Слизистая прямой кишки была гиперэмирована и имела

такой же налет. Вокруг anus'a в большинстве случаев замечался отек. Больные жаловались на ощущение присутствия инородного тела и на резкую боль, которая усиливалась при малейших движениях. Выписывались такие больные в среднем между 12 и 15 днями. Для операции они готовились следующим образом: за 2 суток им давалось слабительное, и назначалась жидкая диета; накануне операции утром опять давалось слабительное, больной не обедал и не ужинал; вечером и утром в день операции по одной клизме, самая операция производилась большею частью под местной анестезией. Несмотря на дачу опия, иногда после нее уже на 3-и сутки бывал самостоятельный стул, довольно твердый, причинявший боль и вызывавший обильное кровотечение.

Если ко всему сказанному прибавить, что неизбежная экссудация от присутствия инородного тела, при наличии разлагающихся узлов, слизи и поверхностных омертвений слизистой (Chiang) служит хорошей почвой для инфекции, которой богата прямая кишка, и далее, что, сдавливая стенки поврежденной кишки, дренаж ухудшает питание последней и уменьшает столь необходимый для образования здорового грануляционного вала на границе отторгающихся узлов прилив крови, этим затягивает процесс заживления и удлиняет время пребывания больных в больнице, то станет понятным, почему мы с 1926 года начали проводить послеоперационный период при геморрое без дренажа и опия.

Мы не станем приводить здесь историй болезни наших случаев, ибо они похожи друг на друга; остановимся только на том, что имеет непосредственное отношение к нашей работе. Готовили мы больных для операции по-прежнему; оперировали главным образом перевязкой шишек с надрезкой у оснований под местной анестезией (4 случая оперированы по Rauchet, 1 сл.—по Whitehaed'y); дренажа не вставляли, опия не давали; стул вызывали слабительным на 5-е—6-е сутки, когда разрешали больным ходить; со дня операции больные получали бульон, чай, жидкие яйца, молоко; выписывали мы их из больницы на 8-й—9-й день.

На основании проведенных таким образом с января по июль 1926 г. 32 случаев мы можем констатировать: великолепное общее состояние больных,—по их словам они ходили-бы с первого дня операции, что многие и делали, несмотря на запрещение; болезненность в операционном месте была до того незначительна, что больные свободно ворочались в постели; зияние anus'a держалось 4—5 дней, причем оттуда свободно выделялись слизь, распадающаяся ткань узлов и газы; отек кругом заднепроходного отверстия совершенно отсутствовал; самостоятельный стул наблюдался у 2 больных уже на 2-е—3-и сутки и у 4 больных—на 5-й день, причем он был жидковатым и сопровождался незначительной болезненностью и не обильным кровотечением; вообще кровотечение после первого стула было незначительное или совершенно отсутствовало; шишки отпадали на 6-й—8-й день; задержка мочи имела место 4 раза,—у одного больного после операции Whitehaed'a под общим наркозом, у другого не было произведено надрезки при перевязывании шишек, третий мочился самостоятельно только первые сутки, у четвертого местная анестезия действовала слабо; катетеризировали их 2 суток. Расширение сфинктера во всех направлениях было произведено в 16 случаях, в число которых попали 4 случая с иштурией; у остальных больных расширяли anus только в поперечном направлении.

Таким образом, если сравнить наши наблюдения, то все данные будут говорить за то, что после операции геморроя можно обойтись без дренажа и опия. Отхождение газов при этом бывает вполне обеспечено знанием растянутого и парализованного сфинктера; благодаря последнему обстоятельству, мы гарантированы от инфекции, так как благоприятная для последней почва, слизь и распадающаяся ткань узлов, свободно выделяется наружу и впитывается сменяемой повязкой. Послеоперационные боли незначительные или совершенно отсутствуют, так как отсутствует причина, порождающая их,—реакция сфинктера судорожным сокращением на присутствие постороннего тела; без дренажа создается полный покой в операционном месте, необходимый для правильного кровообращения и скорого заживления (Кудинцев, Волкович). В результате тщательной очистки кишечника до операции кишечный канал больных является совершенно пустым, чем вызывается опять-таки покой его, так как удаляются стимулы для его перистальтики. Получаемая больными пища,—бульон, чай, яйца, молоко,—является хорошо удобоваримой, с большим коэффициентом усвояемости: она оставляет в пищеварительном аппарате не более 6—7% отбросов или переваривается полностью (Einhorn, Rubner, Praussnitz). Как известно из физиологии, кал состоит не столько из остатков непереваренных питательных веществ, сколько из продуктов, не всосавшихся после переваривания, из остатков пищеварительных соков, экскретов слизистой оболочки (Fe, Ca, Mg, слизи, эпителия) и микроорганизмов (по Schmidt'у за сутки число их превышает 30 триллионов, по Strassburg'у микроорганизмы могут составлять $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ кала). При нашем ведении послеоперационного периода, благодаря жидкой, удобоваримой, не раздражающей пище, количество отделяющихся пищеварительных соков бывает незначительно, основательной очисткой кишечника многие бактерии удаляются из него, а жизнедеятельность оставшихся подавляется; при таких условиях кала должно быть немного, и вздутие живота отсутствует, чем уменьшается кишечная перистальтика (энергичную перистальтику вызывают газы). Поэтому нет никаких оснований допустить, что без опия может наступить ранняя дефекация. Ктому же постельное содержание больных и телесный покой их удерживают кал даже в большей мере, чем это желательно ¹⁾. Если таковая и произойдет, то вредного ничего не получится, как видно из наших двух случаев с самостоятельным стулом на 2-е—3-и сутки. Erichsen и Rotter советуют давать больным ol. ricini уже на другой день после операции; в этом случае необходимо, чтобы держался паралич сфинктера, дабы не повредить образовавшейся демаркационной линии на месте отторгающих узлов, и кал не был твердым. Самостоятельный стул отмечался еще у 4 наших больных из 32 на 5-е сутки, т. е. на 1—2 сутки позже дачи слабительного многими авторами. Самостоятельный стул на 3-и сутки был у наших больных и в том случае, если они получали опий, причем он сопровождался жестокими болями и обильным кровотечением. Но самым мучительным и продолжительным осложнением после операции геморроя является задержка мочеиспускания. Распределение нервов в данной области отчасти объясняет причины этого. Раздражение тазового нерва влечет за собой повышение тонуса детру-

¹⁾ Bergmann, Bruns и Mikulicz. Руководство практической хирургии, т. 3, ч. II.

зора пузыря и расслабление его жома, т. е. создает условия для мочеиспускания (L a m p e r t). При возбуждении *n. hypogastrici* наступают замыкание жома и расслабление детрузора, т. е. задержка мочи (Müller). Закон Basch'a о перекрестной иннервации, установленный Ehrman'ом и Oser'ем для иннервации кишек, применим для этих обоих нервов, так что тазовый нерв, тонизируя детрузор, расслабляет жом, а *n. hypogastricus*, сокращая жом, тормозит детрузор (Fellner, Courtade, Guyon, Pal, Кватер и др.). Таким образом при задержке мочеиспускания происходит или выключение тазового нерва при изолированном функционировании только *n. hypogastrici*, или, при нормальной функции первого, происходит возбуждение второго, что ведет в обоих случаях к спазму жома и параличу детрузора. Принимая во внимание довольно интимную связь между иннервацией мочевого пузыря и прямой кишкой, задержку мочи в послеоперационном периоде геморроя можно объяснять главным образом раздражением *n. hypogastrici*.

В этом отношении дренажу-тампону принадлежит довольно видное место в ряде других причин (операционная травма, интоксикация нервной системы от наркоза и анестезии, выпадение условных рефлексов, связанных с необычным положением больных на спине, рефлекторно от болевых ощущений и т. д.), так как, производя давление на простатическую и перепончатую часть уретры, он или раздражает *n. hypogastricus*, или служит препятствием для свободного мочеиспускания (Кудинцев, Тихов). Что это так,—ярким примером могут служить наши 19 случаев, в которых в день или на следующий день после удаления дренажа больные мочились самостоятельно. Профф. Федоров и Миротворцев, чтобы не вызвать травмы простаты, ведущей к ишурии, советуют растягивать sphincter только в горизонтальном направлении; в наших случаях такое растягивание было применено у 16 больных, и у всех их задержки мочеиспускания не наблюдалось.

Таким образом на основании наших сравнительных данных можно прийти к заключению, что применение дренажной трубки в послеоперационном периоде геморроя является нефизиологичным и грубым приемом, который поэтому должен быть вычеркнут из хирургической практики. Что касается опия, то применение его тоже не имеет оснований, если принять во внимание данные физиологии и физиологической химии. По этому вопросу в литературе существует, впрочем, большое разнообразие мнений. Так, согласно анкетным данным об оперативном лечении геморроя, собранным редакцией „Новой Хирургии“, трубку и опий применяют 18 авторов (профф. Мартынов, Гессе, Березнеговский, Гальперн, Богораз, Поленов, Кудинцев, Миротворцев, Опокин и др.), не применяют трубки, но дают опий 13 (профф. Покотило, Линберг, Заблудовский, Мельников, Рубашев, Петров, Святухин, Гирголав, Фабрикант и др.), не дает опия, но вставляет дренаж, один проф. Кузнецкий, и только проф. Левит, из Иркутска, проводит послеоперационный период геморроя без того и другого; от этого „послеоперационное течение не хуже и даже несколько лучше,—болей меньше, мочеиспускание чаще произвольное, на 6-й—8-й день омертвевшие узлы отваливаются“ (Левит). У д-ра Баженова без опия и дренажа проведено 11 случаев, на основании которых он убедился в излишестве употребления того и дру-

гого. Мы можем присоединить сюда наши 32 случая гэморроя, леченных после операции также без дренажа и опия.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) А. М. Черевков. Руководство к изучению нормальной физиологии человека. 1914.—2) Б. И. Словцов. Учебник физиологической химии. 1914.—3) M. Einhorn. Лекции по диететике. Библиотека Медицинского Современника, 1915, декабрь.—4) А. В. Вишневский. К вопросу периферической иннервации прямой кишки. Казань. 1903.—5) П. С. Баженов. К вопросу о послеоперационном периоде гэморроя. Врч. Газета, 1925, № 15—16.—6) Bergmann, Bruns и Mikulicz. Руководство практической хирургии. Т. 3, ч. II.—7) Kocher. Учение о хирургических операциях. Ч. II, 1911.—8) Напалков. Оперативная хирургия мужского глаза.—9) Pels-Leusden. Учение о хирургических операциях. 1912.—10) Esmarch и Kowalzig. Хирургическая техника. 1894. Т. 3.—11) Erichsen. Теоретическая и практическая медицина. 1886.—12) Карпинский. Руководство к изучению и лечению болезней recti. 1870.—13) Караваев. Оперативная хирургия. 1878.—14) Тихов. Частная хирургия. Т. II, 1916.—15) Венгловский. Оперативная хирургия. 1915.—16) Федоров. Клинические лекции по хирургии. 1922.—17) Corning. Руководство по топографической анатомии.—18) Wullstein и Wilms. Руководство по хирургии. 1913.—19) Новая Хирургия, 1926, № 3.—20) Кудинцев. Рус. Хир. Архив, 1905.
-