

К вопросу о лечении гѳморроя склерозирующими впрыскиваниями¹⁾).

Проф. М. Н. Гремячкина (Самара).

Частые рецидивы гѳморроя после хирургического лечения—с одной стороны и нежелание многих больных подвергаться операции—с другой заставляют искать некровавых способов лечения этой болезни. Из таких способов широким распространением пользуются физиотерапевтические методы (диатермия, электрокоагуляция), метод коагулирующих инъекций (алкоголь) Воас'а и метод фиброзных (склерозирующих) инъекций. Последний способ применяется главным образом во Франции, причем в руках Sicard'a, Gaugier и Bensaude'a он дал очень хорошие результаты. Познакомившись с ним впервые в начале 1926 г. в клинике Bensaude'a, я в течение 2 лет широко пользовался им сначала в Госпитальной терапевтической клинике Самарского университета, потом в больнице Дорздрава. Настоящее сообщение и является плодом 2-летнего наблюдения над результатами такого лечения.

Техника метода очень проста. Сначала с помощью обыкновенного или, лучше, несколько видоизмененного аускопа Bensaude'a исследуется анальный конец прямой кишки. В каждом случае необходимо исключить рак, полипы и др. заболевания прямой кишки, часто симулирующие гѳморрой. Предварительно нужно также произвести полное клиническое обследование больного, чтобы исключить вторичный гѳморрой, развившийся вследствие заболеваний печени, сердца, тазовых органов и пр. Важно установить, в видах профилактики рецидивов, и этиологический момент болезни. Помимо таких общеизвестных этиологических моментов, как запоры, сидячий образ жизни, некоторые профессии, в развитии „варикозного диатеза“ играют большую роль расстройства в эндокринной системе. Варикозная наследственность, проявляющаяся в раннем развитии гѳморроя, varices cruris и varicosele, является, по мнению Sicard'a и Gaugier, следствием врожденного дефекта некоторых эндокринных желез. Имеются научные данные, свидетельствующие о влиянии расстройств половых желез и гипофиза на развитие гѳморроя. Как известно, секрет этих двух желез поддерживает тонус венозной стенки, действуя на гладкие мышцы вен. При этом, в противоположность адреналину, который действует избирательно на гладкие мышцы артерий, секрет гипофиза действует элективно на симпатическую систему вен. Влияние расстройств других желез, в частности щитовидной, на развитие „варикозного диатеза“ не доказано.

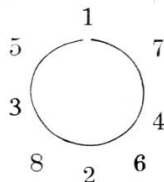
Прежде, чем приступить к лечению гѳморроя вспрыскиваниями, необходимо проделать подготовительное лечение, особенно, если имеются кровотечения, местные воспалительные явления (проктит), часто сопут-

¹⁾ Сообщено в Научной ассоциации врачей г. Самары 19 мая 1928 г.

ствующие геморрою, или выпадение узлов. Больному назначается преимущественно молочно-вегетарианский режим, ежедневные прохладные сидячие ванны по утрам—лучше всего на биде, легкие слабительные (парафиновое масло, лакричный порошок и пр.). При кровотечениях назначается *ext. hamamelis virginicae* внутрь по $\frac{1}{2}$ —1 чайной ложке 3 раза в день. При пролябированных узлах, кроме того, рекомендуются холодные примочки из 3% *liq. aluminii aceticici*, мази, свечи и пр. Вечером накануне лечения больной принимает слабительное, а утром за 4—5 часов до впрыскивания ему делается клизма для очищения нижнего отрезка прямой кишки. У больных с нормальным стулом можно впрочем обойтись и без предварительного очищения кишечника.

Впрыскивания делаются в коленно-локтевом положении больного. Кроме анускопа, для них необходимы 5-граммовый шприц и металлический полый наконечник, длиной в 8—10 сант., который одним концом насаживается на кончик шприца, а на другой вставляется короткая тонкая игла—лучше платиновая. Для впрыскиваний употребляется смесь *Bensaude'a*, состоящая из 5% двусолянокислого хинина и 5% химически-чистой мочевины поровну; раствор каждый раз должен быть свежее приготовлен и простерилизован. После введения анускопа и предварительного туалета 5% раствором борной кислоты место укола смазывается 5% раствором йода, и в этом месте медленно впрыскиваются, под небольшим давлением, достаточно глубоко в подслизистую ткань (но отнюдь не в слизистую и не в вены), от 2 до 5 куб. сант. раствора. Впрыскивание необходимо производить не в самые геморроидальные узлы, что может повести к последующему кровотечению, а в верхний полюс узлов или в интервариозную ткань. Впрыскивания никогда также не делаются в наружные и в самые пролябированные узлы. Производя их, нужно помнить, что при более глубоком впрыскивании можно попасть иглой в предстательную железу.

Весь курс состоит из 8—12 инъекций, делаемых 1 раз в неделю. Каждый раз инъекция производится в разные места, для чего окружность ректального цилиндра делится на 8 частей по следующей схеме:



Первое впрыскивание делается в точке 1, второе в точке 2 и т. д. Пользуясь этой схемой, легко избежать повторного впрыскивания в одно и то же место, что чрезвычайно болезненно и ведет к инфильтратам на месте укола. В течение всего курса лечения больной соблюдает такой же режим, как и при подготовительном лечении. Необходимо подчеркнуть, что все манипуляции при впрыскиваниях должны производиться со строжайшим соблюдением всех правил асептики, лучше всего в соответствующей хирургической обстановке (хирургический стол, стерильная вата и пр.), при игнорировании же этого легко может получиться инфекция (образование абсцесса, парапроктит и пр.). Хотя слизистая оболочка прямой кишки обладает сильно выраженным местным иммунитетом и хо-

рошо развитым местным барьером для защиты от инфекции, все же строгая хирургическая педантичность здесь безусловно необходима, дабы не создать чреватого последствиями местного воспалительного очага.

Втечение 2 лет полный курс лечения был нами проделан у 71 больного, из которых 48 было мужчин и 23 женщины. Многие из этих больных находятся под моим наблюдением около 2 лет. Большинство больных—железнодорожные служащие и их жены. Всего этим больным было сделано 584 инъекции. Несмотря на педантичное соблюдение всех правил лечения, в 8 случаях получились небольшие осложнения, а именно, в 2 случаях вслед за впрыскиванием произошло ущемление наружных геморроидальных узлов и в 6—образование поверхностных некрозов слизистой оболочки на месте инъекции, вызывавших болевые ощущения в заднем проходе втечение нескольких дней. Образование язвочек произошло в 2 случаях вследствие поверхностного впрыскивания раствора, часть которого попала в слизистую оболочку, и в 4 случаях вследствие замены мочевины уретаном. Язвочки втечение нескольких дней заживали после применения прохладных сидячих ванн, микроклизм из 10% раствора хлористого кальция и свеч с висмутом или с ихтиолом. Каких-либо серьезных осложнений (абсцессов, сужений и пр.) нами ни разу не наблюдалось.

Непосредственный результат лечения во всех случаях был очень хороший. Из 71 наших больных у 49 до лечения наблюдались частые геморроидальные кровотечения. После 3—4 инъекций последние обычно прекращались и не возобновлялись втечение всего периода наблюдения (у многих больных более 1½ лет). Варикозно расширенные узлы и вены спустя несколько недель после впрыскивания спадались. Это спадение происходит при данном методе вследствие развития интерстициальной ткани в подслизистой клетчатке на месте укола. Вследствие раздражающего действия хинина и мочевины образуется новая соединительная ткань, а также происходят эндоневрит и перивневрит мелких вен с тенденцией их к облитерации, отличающиеся от флебита и перифлебита слабо выраженными воспалительными явлениями в противоположность бурной местной реакции при флебите. Эти эндо-и перивневрит, как стерильные воспаления, вызванные химическими агентами, а не бактериальными токсинами, быстро разрешаются с образованием соединительной ткани, которая, сморщиваясь, ведет к запустению вен и узлов. Слизистая оболочка на месте инъекции при правильном лечении не изменяется, и, следовательно, защитные приспособления ее не теряются. Иногда на месте инъекции получается болезненность, которая быстро проходит после применения свечек с белладонной.

В результате полного курса лечения запустение поверхностных вен, сморщивание узлов и прекращение кровотечений было отмечено из 71 в 28 случаях, в 38 случаях получено значительное улучшение (прекращение субъективных жалоб, кровотечений и выпадения узлов). Наступление рецидивов отмечено в 4 случаях. В одном случае, у женщины 59 лет с упорными кровотечениями и часто пролябировавшими узлами, лечение осталось безрезультатным.

Мы пытались заменить мочевины другими препаратами, как уретан и салициловый нтр. Но впрыскивание уретана в смеси с солянокислым хинином в таком же 5% растворе было болезненно, причем чаще полу-

чались язвочки на месте уколов, а сморщивание узлов и запустевание вен шли более медленно, чем при употреблении мочевины с хинином. Впрыскивания 10⁰/₀ салицилового натра в количестве 1—1½ куб. сант., которые Sicard и Gaugier рекомендуют делать после предварительной кокаинизации места укола, и чрезвычайно болезненны и, по нашему мнению, небезопасны ввиду могущих образоваться глубоких некротических язв.

Не все случаи гэморроя подходят для склерозирующих впрыскиваний,—этому лечению не подлежат легкие случаи, где хороший эффект получается и от простого диететического и медикаментозного лечения, а также слишком запущенные случаи, с большими пролябировавшими узлами и с обильными профузными кровотечениями. В последних случаях показано только хирургическое лечение. Метод Bensaude применим главным образом в случаях, где имеются частые выпадения узлов и повторные кровотечения, а также случаи, где хирургическое лечение противопоказано (у пожилых лиц), или где имеются рецидивы после хирургического лечения гэморроя. В громадном большинстве этих случаев от данного метода получается хороший результат. Впрочем чрезмерная реклама этого метода лечения, какую мы видим во Франции, все же нежелательна, ибо в неопытных руках или при несоответствующей обстановке способ Bensaude'a может дать нежелательные последствия. Необходимо отметить, что после курса инъекций больному, для предупреждения рецидивов, на долгое время должен быть назначен соответствующий режим (полное воздержание от алкоголя, регулирование стула, специальная гимнастика и пр.). Нужно учитывать и целый ряд противопоказаний для применения этого способа лечения, каковыми являются: 1) бывшие ранее где-либо флебиты, фурункулез или какие либо стафилококковые процессы в коже, при которых может иметь место инфекция в области укола; 2) вторичный гэморрой при болезнях печени, почек, сердца и пр.; 3) беременность; 4) тяжелые случаи, подлежащие исключительно хирургическому лечению.

В ы в о д ы:

1) Способ склерозирующих впрыскиваний дает при гэморрое хорошие результаты.

2) Метод этот может применяться и амбулаторно.

3) Проводить его следует с соблюдением всех правил асептики при соответствующей хирургической обстановке.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

1) Sicard et Gaugier. Traitement des varices par la méthode sclérosante. — 2) Они же. Presse médicale, juin, 1926. — 3) Gaugier. P. med., nov., 1926. — 4) Binet et Verne. P. med., juin, 1925. — 5) Bensaude. Traite d'endoscopie, rectoscopie et sigmoidoscopie. 1925. — 6) Minet, Ausset et Duthoit. Nord médic., 1921. — 7) Fiedermann. Soc. méd. des pract., 20 avril, 1923. — 8) Huet. Journ. des praticiens, janv., 1926. — 9) Gutmann. La Médecine. 1926. — 10) Махлин Е. Клин. ж. С.-п.-та, 1928, № 2. — 11) М. Н. Гремячкин. Каз. м. ж., 1927, № 1.
