

методу Жане; не применяются концентрированные химические растворы, в частности, с целью провокации нельзя употреблять растворов ляписа выше 2%; при первых признаках инфильтрации стенки и сужения необходимо проводить систематическое бужирование уретры.

Основные задачи лечения гонорройных стриктур—это восстановление проходимости уретры, устранение задержки мочи и инфекции; следует стремиться к анатомическому и функциональному излечению.

Лечение стриктур не может быть схематизировано: оно зависит от этиологии, протяженности, множественности и проходимости стриктур, сопутствующих осложнений и общего состояния больного.

Прежде чем приступить к оперативному вмешательству, необходимо испробовать систематическое бужирование сперва восходящими эластическими бужами, а затем, начиная с № 14 по Шарьеру, и металлическими. При таком методическом расширении, благодаря тесному контакту бужа со стриктурой, происходит размягчение и рассасывание инфильтрированной ткани.

Ввиду того, что часто встречаются стриктуры, при которых потеряна способность ткани к расширению, необходимо прибегнуть в этих случаях к оперативному вмешательству.

Из различных способов оперативного вмешательства внутренняя уретротомия представляет собою операцию легкую в техническом отношении и дающую вполне удовлетворительные клинические результаты. Эта операция значительно сокращает срок лечения, предупреждает возможность осложнений со стороны выше лежащих мочевых путей и, являясь легкой в техническом отношении, может быть произведена в поликлинической обстановке при условии пребывания больного под врачебным наблюдением в течение 2—3 дней.

---

Из факультетской хирургической клиники Казанского государственного медицинского института. (Директор заслуженный деятель науки проф. А. В. Вишнеvский).

### **Картина белой крови при хирургических операциях под местной анестезией по методу ползучего инфильтрата проф. А. В. Вишнеvского.**

**Д-ра М. К. Садыкова и С. М. Курбангалеев.**

Разработав всесторонне вопрос обезболивания по методу ползучего инфильтрата, наша клиника во всех случаях, за очень небольшим исключением, применяет этот метод обезболивания.

Имеется большая литература об изменениях картины крови после операций, в особенности, в общем наркозе. Здесь имеют место, кроме общих выраженных явлений, со стороны крови,—нарастание лейкоцитоза, увеличение сдвига влево и т. д.

При операциях под местной анестезией часто указывают на роль операционной и психической травмы и на интоксикацию в результате всасывания впрыскиваемого раствора.

Как упомянуто выше, почти все операции у нас проводятся под местной анестезией по способу ползучего инфильтрата и мы ни разу не наблюдали никаких явлений, которые бы могли служить упреком нашему способу обезболивания. Желание выяснить этот вопрос и в отношении объективных изменений в картине крови послужило мотивом для настоящей работы.

По предложению проф. А. В. Вишневецкого, мы исследовали картину крови у 103 б-ных до и после операций под местной анестезией, имея в виду выяснить не оказывает ли какое-либо влияние на гемограмму наш способ анестезии.

Обследовались больные со следующими заболеваниями: 1. Аппендицит хронический 33 сл. 2. Язва желудка 18 сл. 3. Рак желудка 7 сл. 4. Рак прямой кишки 3 сл. 5. Эхинококк печени 2 сл. 6. Эхинококк селезенки 1 сл. 7. Холецистит 5 сл. 8. Грыжи 24 сл. 9. Геморрой 3 сл. 10. Опушение почки 2 сл. 11. Водянка яичка 1 сл. 12. Папиллома мочевого пузыря 2 сл. 13. Травма конечности 1 сл. 14. Дефект верхней губы 1 сл.

При этом исследовалось количество Нв, количество лейкоцитов и производился подсчет лейкоцитов по Schilling'у перед операцией, на другой, на 3, 5 и 10 день после операции.

Результаты при этих исследованиях в отношении количества лейкоцитов сведены в нижеследующей таблице:

№ №	Название заболеваний	Всего	После операции наблюдалось				Без изменений
			Лей-коци-тоз	Лей-коци-тоз	Лей-коци-тоз	Лей-коци-тоз	
1	Аппендицит хроническ. . . . .	33	8	17	5	1	—
2	Язва желудка . . . . .	18	3	6	7	2	—
3	Рак желудка . . . . .	7	—	—	5	2	—
4	Рак прямой кишки . . . . .	3	—	2	1	—	—
5	Эхинококк печени . . . . .	2	—	2	—	—	—
6	Эхинококк селезенки . . . . .	1	—	—	1	—	—
7	Холецистит . . . . .	5	2	—	2	1	—
8	Грыжи . . . . .	24	13	—	—	—	11
9	Геморрой . . . . .	3	—	—	—	—	3
10	Опушение почки . . . . .	2	2	—	—	—	—
11	Водянка яичка . . . . .	1	—	—	—	—	1
12	Папиллома мочевого пузыря . . . . .	2	—	—	—	2	—
13	Травма конечности . . . . .	1	—	1	—	—	—
14	Дефект верхней губы . . . . .	1	—	—	—	—	1

Из 103 случаев лейкоцитоз до 8 тысяч наблюдался у 28 б-ных; до 10 тыс. у 28 б-х; до 12 тыс. у 21 бол., до 15 тыс. у 8 б-ных, и не изменялся у 16 больных. Наблюдавшийся на другой день после операции умеренный лейкоцитоз через 4 дня свижался до нормальной цифры.

В гемограмме мы наблюдали следующие изменения после операции:

№№	Название заболеваний	Всего	Уменьш. Eos.	Уменьш. Мп.	Лимфоцитоз	Нейтрофилоз	Сдвиг влево до юных	Без изменений
1	Аппендицит хрон. . . . .	33	—	—	2	31	1	—
2	Язва желудка . . . . .	18	—	—	—	18	2	—
3	Рак желудка . . . . .	7	—	—	—	7	2	—
4	Рак прямой кишки . . . . .	3	—	1	1	2	1	—
5	Эхинококк печени . . . . .	2	2	—	1	1	—	—
6	Эхинококк селезенки . . . . .	1	1	—	—	1	—	—
7	Холецистит . . . . .	5	—	—	—	4	1	—
8	Грыжи . . . . .	24	—	—	—	13	—	11
9	Геморрой . . . . .	3	—	—	—	—	—	3
10	Опухание почки . . . . .	2	—	—	—	2	1	—
11	Водянка яичка . . . . .	1	—	—	—	—	—	1
12	Папиллома мочевого пузыря . . . . .	2	4	2	—	2	2	—
13	Травма конеч. . . . .	1	—	—	—	1	—	—
14	Дефект верхней губы . . . . .	1	—	—	—	—	—	1

Для иллюстрации изменения картины крови приведем несколько случаев:

1. Больной А-в, 48 лет, колхозник. Поступил в клинику с жалобами на боли в эпигастральной области после приема пищи и рвоту и т. д. Клинический диагноз: *Ulcus ventriculi*.

Дата	Течение болезни	Hb	L	Sg	St	J	Ly	Mn	Eos	Va	R-
28/IV	Гастроэнтероанастомоз	72	5811	64	10	—	22	3	1	—	—
29/IV	Жалуется на боли в ране, пульс хороший . . .	70	12288	74	8	—	14	3	1	—	—
1/V	Жалоб нет, рана в хорошем состоянии . . .	72	5906	60	8	—	28	3	1	—	—
5/V	Сняты швы, рана зажила . . . . .	72	5802	60	4	—	28	4	4	—	—

Наблюдавшийся лейкоцитоз и нейтрофилия уже к 4-му дню после операции снизились до нормы.

2. Б-ная М-к, 21 г., студентка, жалуется на боли в правой подвздошной области, частую тошноту и запоры. В прошлом 2 приступа боли в этой же области. Клинический диагноз: хронический аппендицит:

Дата	Течение болезни	Hb	L	Sg	St	J	Ly	Mn	Eos	Va	R-F
9/IV	Аппендэктомия . . . . .	67	6310	44	—	—	55	—	1	—	—
10/V	Чувствует себя хорошо	67	10334	70	3	—	23	—	1	—	—
13/V	Жалоб никаких . . . . .	67	6307	60	8	—	29	—	3	—	—
16/V	Сняты швы, рана зажила . . . . .	67	6310	58	7	—	30	2	3	—	—

3. Б-ная С-н, 46 л., служащая, поступила с жалобами на приступы болей в правой подреберной области, отдающие вверх; желтухи не было. Клинический диагноз: холецистит.

Дата	Течение болезни	Hb	L	Sg	St	J	Ly	Mn	Eos	Ba	R-F
26/IV	Cholecystectomy . . .	77	6042	54	10	—	30	3	2	1	—
27/IV	Жалуется на боли в животе, живот мягкий, язык не обложен . . .	77	15.312	71	12	—	11	2	2	1	—
29/IV	Состояние раны хорошее, жалоб нет . . .	77	7471	70	8	—	16	2	2	1	—
5/V	Состояние б-ой хорошее, рана зажила . . . . .	77	6731	59	6	—	28	3	3	1	—

4. Б-ной М-н, 38 л. Безработный, поступил в клинику с жалобами на боли в подложечной области тотчас же после еды, рвоту коричневой массой, и сильное исхудание в последний месяц. Клинический диагноз: Ca ventriculi,

Дата	Течение болезни	Hb	L	Sg	St	J	Ly	Mn	Eos	Ba	R-F
4/XII	Резекция желудка . . .	49	5392	55	11	—	27	4	—	3	—
5/XII	Чувствует слабость, пульс частый . . . . .	49	13331	70	13	—	8	4	—	5	—
8/XII	Состояние раны хорошее, самочувствие лучше . . . . .	49	7310	70	3	—	18	4	1	4	—
18/XIII	Самочувствие хорошее. Рана зажила . . . . .	49	6072	60	3	—	25	4	4	4	—

В заключение можно сказать, что при анестезии по методу ползучего инфильтрата, наблюдающееся после операции умеренное нарастание L, к 4—5 дню снижается до нормальных цифр.

В гемограмме отмечено: нарастание нейтрофилов за счет Sg, эозинофилы и моноциты не исчезают, а в ряде случаев нарастают.

Все это говорит за то, что при анестезии по методу проф. Вишневецкого в картине крови не наблюдается никаких изменений, свойственных состояниям интоксикации.

*Литература.* 1. В. Шиллинг. Практическая гематология, 1928 г., Ленинград.—2. Проф. Шиллинг. Картина крови и ее клиническое значение.—3. Немил о в. Кровь, 1924 г. Ленинград.—4. Пр.-доц. М.Н. Николаев. Обмен веществ и проблема кроветворения, 1927 г.—5. Богомолец. Вопросы клинической и экспериментальной гематологии.—6. Соркина. Нов. хирург. архив, № 29, 1925 г.—7. Травиц. Клиническая патология крови.—8. D. Mediz woch. № 21 1921 г.—9. Хаэс И. А., Спицын А. В., Оранский П. И. Нов. хирург. архив., № 97, 1931 г.—10. Проф. Арнет. Качественное учение о крови.—11. Беккерман Л. С. Вестник хирург. и погр. обл. Т. XIV, кн. 42, 1928 г.—12. Горяев. Труды II-го Поволжского научного съезда врачей, 1927 г.—13. Шилловцев и Кушова. Нов. хирург. арх., Т. VI, 1925 г.—14. Рапорт. 16-й Съезд росс. хирург., 1924 г.—15. Живова. Каз. мед. журнал. № 5—6, 1926 г.