

М. И. Ибрагимова (Кисловодск). Влияние метеорологических факторов на некоторые элементы крови

Из форменных элементов крови наиболее чувствительными к изменениям солнечной радиации являются лейкоциты. Электрические поля атмосферы, магнитные колебания, космические излучения, электромагнитные волны и т. д., оказывая влияние на организм человека в целом, действуют и на кровь. Колебания магнитного поля земли, по-видимому, влияют на металлы (железо, медь, магний и др.), входящие в систему живых клеток.

Е. Г. Гарина и В. М. Карлинский охарактеризовали суточную динамику содержания эозинофилов в крови здоровых людей в привычных условиях труда и отдыха, а также под воздействием света, приема пищи и жидкости.

Б. М. Искендери отмечает, что количество эозинофилов периферической крови уменьшается зимой и летом, а весной и осенью увеличивается.

Как показывают наши данные, колебание количества эозинофилов крови связано с изменениями, происходящими в атмосфере в любое время года.

Мы изучали колебание количества эозинофилов под влиянием десяти преобладающих в нашем крае типов погоды, определенных синоптиками и принятых медицинской службой края (0 — фен, 1 — инверсия сжатия в антициклоне, 2 — отсутствие конвекции, 3 — умеренная конвекция, 4 — мощная конвекция, 5 — адвекция холода, 6 — адвекция тепла, 7 — теплый фронт, 8 — холодный фронт, 9 — фронт окклюзии).

В наших условиях 1-й, 2-й и 4-й типы погоды дают наименьшее количество эозинофильных реакций. Наибольшее количество их в годовом ходе падает на 8-й и 6-й типы погоды.

Некоторые агенты барической системы являются патогенными по отношению воздействия на кровь. Так, например, барические ситуации 91 — западная часть циклона и 93 — северная часть циклона в 1962 г. дали эозинофильных реакций в численном отношении в 4—5 раз больше по сравнению с другими видами.

Как показывают наблюдения, основное количество эозинофильных реакций метеорологического происхождения приходится на больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. Параллельно с увеличением числа эозинофилов при воздействии патогенной погоды увеличивается и количество тромбоцитов. Отмечается повышение и протромбиновой активности крови.

УДК 616. 995. 121—616. 37

Н. И. Пушкарёв (Башкирская АССР). Эхинококк поджелудочной железы

Поджелудочная железа поражается эхинококком крайне редко. В 1912 г. Ганзер собрал в мировой печати 27 наблюдений; сейчас их около 200. По данным ряда авторов, паразит располагается чаще в головке железы. У нашей больной он развился в хвосте и теле.

В., 57 лет, поступила 27/VII 1965 г. с жалобами на боли в животе слева, исхудание, резкою слабость. В 1957 г. она случайно обнаружила опухоль ниже левого подреберья, которая постепенно росла в направлении «снизу вверх». Всю жизнь была в контакте с животными.

При поступлении живот асимметричный, мягкий; в левом подреберье определяется округлая эластическая опухоль, спускающаяся на 5 см ниже пупка и заходящая на 6 см вправо от белой линии, ограниченно подвижная; печень и селезенка не увеличены.

Гем.—74, Э.—4 820 000, Л.—6 550, э.—2%, п.—1%, с.—69%, л.—20%, м.—8%; РОЭ—19 мм/час. Моча без изменений. Диастаза мочи—64 ед. В кале яйца глист не обнаружены. Диагноз: киста поджелудочной железы (?).

30/VII операция. Из хвоста и тела поджелудочной железы исходит киста. После вскрытия ее удалено огромное количество дочерних пузырей желтого цвета. Стенки кисты обработаны формалином, часть фиброзной капсулы резецирована.

Гистологическое исследование подтвердило операционный диагноз: эхинококковое поражение. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Следует иметь в виду, что при мертвом эхинококке эозинофилии не бывает, биологические реакции отрицательны, а РОЭ повышается, как это и было у данной больной.

УДК 616. 36—008. 5

И. Е. Голубовский (Казань). Значение динамики активности щелочной фосфатазы сыворотки крови в дифференциальной диагностике паренхиматозных и механических желтух

Установлено, что активность щелочной фосфатазы сыворотки крови при заболеваниях печени и особенно при механической желтухе нарастает.

Активность щелочной фосфатазы крови определялась нами методом Боданского у 30 практически здоровых людей и у 300 больных с болезнью Боткина (у 107 была