

## 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, резкую 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

тяжелая и затяжная форма, у 173 — средней тяжести и у 20 — легкая форма), а также, у больных механической желтухой (у 32 вследствие злокачественных новообразований и у 18 на почве желчнокаменной болезни).

Активность фосфатазы крови у больных определялась на вершине заболевания и через каждые 10—15 дней в периоде снижения содержания билирубина крови, в периоде снижения желтухи и в периоде выздоровления, т. е. после исчезновения желтухи и нормализации билирубина крови.

При острых гепатитах (болезни Боткина), как правило, наблюдается увеличение активности щелочной фосфатазы крови. В подавляющем большинстве случаев чем тяжелее течение заболевания, тем больше активность фермента. По мере излечения активность фосфатазы крови падает и приходит к норме при полном выздоровлении.

При механической желтухе в связи с раковым поражением печени и головки поджелудочной железы с метастазами в печень активность фосфатазы крови резко активизируется, в несколько раз более, чем при болезни Боткина. С ухудшением состояния больного в большинстве случаев наблюдается нарастание активности фосфатазы крови.

Исследование щелочной фосфатазы крови при болезни печени является ценным методом для определения функционального состояния печени и для дифференциальной диагностики функциональной и механической желтухи.

УДК 617. 55—007. 43

### **В. П. Крупчатов (Саратов). Грыжа спигелиевой линии**

Грыжи спигелиевой линии являются большой редкостью. В отечественной литературе первое сообщение о них сделал С. Л. Колобакин в 1918 г. Нам удалось собрать в отечественной литературе 56 случаев.

В нашей клинике с грыжами спигелиевой линии лечилось 4 больных.

Приводим одно характерное наблюдение.

Г., 33 лет, поступила 16/IV 1962 г. с жалобами на боли и выпячивание в правой половине живота, впервые появившееся в 1960 г. после подъема тяжести. Оно то исчезало, то вновь возникало.

Мышечная стенка дряблая. Справа по параректальной линии припухлость  $3 \times 3 \times 4$  см. Диагноз — грыжа спигелиевой линии. 21/IV 1962 г. больная оперирована. Грыжа располагалась проперитонеально. Пластика грыжевых ворот осуществлена путем послонного ушивания тканей. Больная осмотрена через 3 года. Дефекта в брюшной стенке нет. Трудоспособность сохранена полностью.

УДК 616. 36—616—089

### **А. Н. Волков (Актюбинск). Применение поперечной лапаротомии при операциях на печени**

Учитывая противоречивые суждения о поперечной лапаротомии, мы задались целью провести анатомо-клиническое изучение данного подхода к печени. Исследование проведено нами на 10 трупах взрослых мужского и женского пола по методике А. Ю. Созон-Ярошевича. Данный доступ изучался на трупах с широким эпигастральным углом (90—110°) и только в том случае, когда печень занимала как надчревь, так и оба подреберья. Разрез мы проводили на уровне IX—X ребер от одной реберной дуги до другой. Получены такие параметры операционной раны, которые говорят, что данный подход обеспечивает достаточный доступ к печени (в основном к передней и нижней поверхности органа). Например, угол операционного действия колеблется от 95 до 120°, угол наклона — от 80 до 90°, зона доступности — от 28,26 до 153,86 см<sup>2</sup>.

Поперечный доступ применен в клинике у 8 больных. Всем больным произведена резекция значительных участков печени по поводу альвеолярного и гидатидозного эхинококка. Одному из них резецирована паразитарная опухоль альвеолярного эхинококка весом в 1200,0.

Все больные выздоровели. Операционная рана у всех зажила первичным натяжением. Больные наблюдались в сроки от 7 месяцев до 8 лет. У всех обследованных послеоперационные рубцы безболезненны. Расстройства трофики мышц и кожной чувствительности мы не отмечали.

Мы считаем, что данный доступ должен найти более широкое применение при соответствующих вмешательствах на печени.

УДК 616—007. 43—616. 26

### **С. Е. Мурлага (Магнитогорск). Анемия, как доминирующий симптом грыжи пищеводного отверстия диафрагмы**

Анемия и геморрагия являются нередкими симптомами при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, а иногда они становятся и доминирующими.

Р., 16 лет, поступил 8/1 1964 г. с диагнозом: железо-дефицитная анемия. Со слов матери, у мальчика с 2-летнего возраста слабость, бледность, плохой аппетит; он плохо развивался. Лечился от анемии без эффекта.