

При острых лейкозах, насколько можно судить по интенсивности окраски, содержание суданофильной субстанции понижено. Подобная же картина наблюдается при агранулоцитозе, пернициозной анемии. У больных с хроническими миелозами содержание суданофильной субстанции в лейкоцитах отчетливо увеличено.

При окраске черным суданом с дополнительным прокрашиванием по Гимза—Романовскому эритроциты окрашиваются в диффузный черновато-дымчатый цвет. При этом гиперхромные эритроциты окрашиваются интенсивнее, чем гипохромные. Молодые эритроциты (полихроматофильные) сохраняют голубой цвет, как при окраске мазков только по методу Гимза—Романовского. По-видимому, они не содержат липидной субстанции или содержат ее очень мало. Эритроциты с тельцами Жолли суданофильной субстанции не содержат.

УДК 616.613—003.7

Р. Г. Альбекова (Казань). К этиологии нефролитиаза

Уролитиаз имеет эндемическое распространение. Так очагами его являются Индия, Египет, Китай, а в Советском Союзе — республики Средней Азии, Закавказья, Среднее Поволжье. По сводной статистике А. П. Гряднева отношение больных мочекаменной болезнью к общему количеству хирургических больных для всего Советского Союза равно 1 : 205, а в очагах эндемии, например в Армении, — 1 : 43.

В странах с жарким климатом обильное выделение жидкости кожей ведет к сезонной гиперкальциемии, к повышению концентрации солей в моче, что, несомненно, способствует более частому камнеобразованию. Р. М. Фронштейн, И. А. Кассирский отмечают, что камнеобразование зачастую начинается летом.

Мы старались выявить зависимость камнеобразования от времени года. Началом заболевания мы считали время появления острых или тупых болей в поясничной области.

Из 1052 больных начало заболевания удалось выявить у 531. У 156 чел. заболевание началось весной, у 149 — летом, у 80 — осенью и у 146 — зимой.

С. П. Федоров, Л. Л. Левшин, Р. М. Фронштейн, В. К. Шамарин считают, что предпосылкой для камнеобразования служит длительное потребление жесткой питьевой воды, за счет которой происходит перенасыщение организма минеральными солями.

По данным городской санэпидстанции, общая жесткость употребляемой жителями г. Казани воды колеблется от 3,5 до 20,8 мг/экв. На основании этого можно считать, что вода, употребляемая нашими больными, является одним из факторов возникновения уролитиаза.

Выраженного влияния характера пищи на камнеобразование установить не удалось.

Из эндогенных факторов, способствующих камнеобразованию, значительное место отводится перенесенным инфекционным заболеваниям. У 136 больных были выявлены заболевания печени и желудочно-кишечного тракта (дизентерия, гепатиты, хронические колиты), у 149 — брюшной тиф и паратифы, у 283 — ангина и прочие инфекционные заболевания.

Переломы костей отмечены у 24 больных, огнестрельные ранения костей — у 54, переломы позвоночника с повреждением спинного мозга — у 6 и остеомиелиты — у 8.

Таким образом факторами, способствующими уролитиазу, у наших больных могут служить повышенная жесткость воды, перенесенная в прошлом малярия, кишечные и другие инфекции, огнестрельные ранения, переломы костей и другие заболевания.

Однако сравнительно небольшое количество больных с двухсторонними камнями почек (12,9%) свидетельствует о том, что перечисленных факторов недостаточно для возникновения уролитиаза. Нужны еще и другие условия. К ним относятся воспалительные заболевания почек и их травмы, аномалии мочевой системы. Иными словами необходима функционально-морфологическая неполноценность мочевой системы, ведущая к стазу мочи. Из анамнеза больных травма поясничной области выявлена у 24 чел., травма других частей тела — у 17, аномалии мочевой системы — у 32. Среди больных 55,4% — люди умственного труда, ведущие малоподвижный образ жизни. Воспалительный процесс в мочевых путях отмечен у 42,9% больных. Таким образом, анализ материала позволяет высказаться о весьма большом количестве условий возникновения мочекаменной болезни.

Все они действительны, если приводят к нарушению кислотно-щелочного равновесия в организме и нарушению фосфорно-кальциевого обмена.

Длительное употребление однообразной пищи также может привести к стойким нарушениям кислотно-щелочного равновесия в организме, перенасыщению мочи солями и образованию камней.

Мы определяли рН мочи у 84 больных мочекаменной болезнью. Концентрация водородных ионов ниже 5,5 была у 68 больных, в пределах 5,5—6,6 — у 12 и выше 6,6 — у 4.

Содержание Са в крови исследовано у 111 больных. У 44 обнаружена гиперкальциемия, у 59 уровень Са был в норме и у 8 — ниже нормы.

У 67 больных был сделан анализ суточной мочи на содержание в ней Са. У 25 больных количество Са в крови и в моче было в пределах нормы, у 32 оно было повышенным в крови и нормальным в моче, у 3 — нормальным в крови и повышенным в моче, у 7 — повышенным и в крови, и в моче.

Среди больных 1-й группы мы ни у одного не обнаружили рецидива мочекаменной болезни, среди больных 2-й группы рецидивное камнеобразование было у 3.

В 3-й группе рецидивов не было, а в 4-й из 7 чел. у 3 был рецидив камнеобразования, что дает возможность предполагать у них значительные нарушения кальциевого обмена.

Таким образом, мочекаменная болезнь является заболеванием, возникновение которого зависит от сочетания ряда факторов как экзогенного, так и эндогенного происхождения.

УДК 616.935

С. Н. Соринсон, М. К. Кушакова, Е. Е. Воронин, С. А. Комиссарова, Е. Т. Башкирова, Р. В. Меламед, Ф. И. Сперанская, Г. Ф. Мошковиц, Л. И. Немцова и О. К. Владыкина (Горький). Лечение больных острой дизентерией фтазином

На протяжении последнего десятилетия арсенал химиотерапевтических средств обогатился новой группой — сульфаниламидами продленного действия. Для обеспечения эффективной концентрации требуется прием всего 0,5—1,0 в сутки.

Во Всесоюзном химико-фармацевтическом институте им. С. Орджоникидзе был синтезирован новый препарат этой группы — фтазин (Т. В. Гортинская). Он представляет сульфацидазин, в структуру которого включена фталевая кислота для уменьшения растворимости. Благодаря этому препарат накапливается в толстом кишечнике. Доказана его высокая эффективность при экспериментальной дизентерийной инфекции (Е. Н. Падейская). Фармакологический комитет МЗ СССР 25/ХII 1964 г. разрешил его применение.

Мы наблюдали 234 больных (преимущественно в возрасте от 30 до 50 лет) с легкой и средне-тяжелой формой острой дизентерии. Диагноз был подтвержден бактериологически у 37,9% (выделялись в основном шигеллы Зонне, реже Флекснера).

Больные получали фтазин в течение 5 дней два раза в день — первые 2 дня по 1,0 на прием, последующие 3 дня — по 0,5. У 150 больных лечение фтазином сочеталось с укороченным циклом лечения левомицетином или полимиксином (3 раза в день по 0,5 в течение 3 дней). Действенность этого метода сопоставлялась с результатами применения левомицетина (полимиксина) у 100 больных (5—6 ежедневных приемов по 0,5 в течение 5—7 дней). У остальных 84 больных, получавших только фтазин, эффективность лечения сравнивалась с результатами применения фталазола у 50 больных (5 ежедневных приемов по 1,0 в течение 5 дней).

Полученные данные свидетельствуют, что фтазин по своей клинической эффективности не уступает ни фталазолу, ни антибиотикам.

30 больных получали сульфадиметоксин в сочетании с левомицетином. Результаты лечения у них были столь же благоприятными. Это позволяет считать, что отмеченная клиническая эффективность фтазина при острой дизентерии, по-видимому, присуща всей группе сульфаниламидов продленного действия, в том числе с высокой растворимостью.

При лечении фтазином, как и фталазолом, у многих больных после окончания 5-дневного курса продолжали выделяться шигеллы. При применении фтазина отсутствие санации непосредственно после курса лечения выявилось у 19 из 48 больных, при применении фталазола — у 10 из 18. Вместе с тем при сочетанном применении фтазина с левомицетином у всех 25 больных с бактериологически подтвержденным диагнозом сразу после окончания курса лечения наступала санация.

Мы изучали чувствительность выделенных культур к фтазину и фталазолу. В подавляющем числе исследований шигеллы оказались к ним нечувствительными. Только в 3 культурах отмечена чувствительность к фтазину. Из этих 3 культур 2 были чувствительны и к фталазолу. Отсутствие чувствительности шигелл к сульфаниламидам установлено у многих больных с хорошими результатами лечения. Выделенные культуры были несравненно более чувствительны к левомицетину (42 из 55 культур).

УДК 616.988.23—615.834

Г. Т. Келейников (Пятигорск). Эффективность курортного лечения больных с повторными заболеваниями острым полиомиелитом

Повторные заболевания паралитическими формами полиомиелита встречаются очень редко. Их связывают с заражением больного вирусом другого иммунологиче-