

Кальций, кальций в желудочном соке находятся в теснейшей зависимости от уровня этих же элементов в крови. При беременности в сроки 3—6 месяцев кальций в желудочном соке резко падает, а в крови уровень кальция остается неизменным (нормальные цифры кальция в желудочном соке — 4,5—6,5 мг%, калия — 30—57 мг%, натрия — 160 мг% — при определении пламенным фотометром).

При нарушении кальциевого обмена, как при гиперпаратиреозе, содержание кальция в желудочном соке возрастает.

Значительное увеличение кальция, а также калия в желудке наблюдается при почечной недостаточности и продолжает увеличиваться по мере развития заболевания, при азотемии и уремии. Кальций в желудке возрастает также при хроническом остеомиелите огнестрельного происхождения.

Повышенное содержание кальция в желудочном соке при почечной недостаточности объясняется тем, что при ней развивается так называемый нефрогенный остеопороз (А. В. Русаков). Остеопороз в данном случае вызван тем, что при ацидозе организм теряет свои основные валентности, черпая их из костной ткани (А. В. Русаков, С. А. Рейнберг и др.).

При ахилии содержание натрия в желудочном соке повышено (В. Н. Смотров и С. А. Васильев, М. Г. Соловей, Гофмейстер и Альбрехт — 1953).

Из сказанного явствует, что желудочные железы принимают участие в водном и минеральном обмене организма.

### И. З. Горелов (Ленинград). Изменение клинико-гематологических показателей у больных хроническим миелозом, леченных миелосаном и гормональными препаратами

Мы сообщаем о результатах лечения миелосаном 50 больных хроническим миелозом (26 мужчин и 24 женщины).

Большинство (38) были в возрасте от 26 до 50 лет. Длительность заболевания с момента выявления была от 6 месяцев до 7 лет.

Ранее уже лечились рентгеновыми лучами 17, эмбихином и уретаном — 9, радиоактивным фосфором — 2 больных.

У 5 больных была начальная или переходная (по классификации С. Б. Гейро, 1955); у 41 — вторая; у 4 — третья (терминальная) стадия. У 6 больных была сублейкопеническая форма хронического миелоза. При поступлении общее состояние было удовлетворительным у 21, средней тяжести — у 21, тяжелым или крайне тяжелым — у 8 больных.

Лечение обычно начинали с миелосана; в дальнейшем (по мере необходимости) применялись другие средства — трансфузия крови, гемостимулин, АКТГ, кортизон, половые гормоны.

Лечились миелосаном 48 больных, из них 9 получали первоначальные дозы по 1—3 мг в день, 6 — по 4 мг, 25 — по 6 мг, 8 — по 8 мг. Большие дозы (8—10 мг в день) применялись у 2 больных с выраженной сплено-мегалией и гиперлейкоцитозом (до 340 000).

По мере улучшения общего состояния, уменьшения селезенки, печени и снижения числа лейкоцитов дозы миелосана снижались до 4—2 мг в день и ниже. Такие дозы продолжали давать до выраженного снижения числа лейкоцитов, строго следя за градиентом их падения. В процессе лечения придавалось большое значение постепенному (литическому) снижению числа лейкоцитов.

В конце лечения у 7 больных, у которых наступила клиническая ремиссия, но количество лейкоцитов оставалось повышенным (50 000—73 000), мы не стремились уменьшить число лейкоцитов до нормы. С учетом наступления у этих больных клинической ремиссии лечение миелосаном отменялось или проводилось лечение поддерживающими дозами миелосана по 2 мг через день или 2 раза в неделю в течение 2—3 недель.

У 5 больных с сублейкемической и лейкопенической формами лейкоза в фазе обострения миелосан применялся в небольших дозах (1—4 мг в день) в комбинации с трансфузиями крови, АКТГ и кортизоном.

Миелосан в небольших дозах (2—4 мг) был также применен у 4 больных с начальной и переходной стадией болезни.

Общая доза миелосана на курс лечения колебалась от 88 до 482 мг.

В результате лечения у большинства (43 больных) общее состояние улучшилось: уменьшились или исчезли общая слабость, потливость, головные боли, головокружения, боли в костях и селезенке; нормализовалась температура. Наряду с этим, уменьшились или исчезли одышка, сердцебиение, боли в области сердца, кашель; улучшился аппетит, больные прибавили в весе; исчезла раздражительность; больные становились уравновешеннее; нормализовался сон.

У больных с эндокринно-половыми нарушениями отмечались уменьшение или прекращение приливов жара к лицу и парестезий (у 14), улучшение потенции (у 13), нормализация менструального цикла (у 3).

На основании наших наблюдений мы пришли к следующим выводам:

1. В результате лечения миелосаном и гормональными препаратами у большинства (40 больных) достигается клиническая ремиссия и значительное гематологиче-

ское улучшение. У 7 больных не было гематологического улучшения, хотя клинически у них наблюдалась ремиссия. У 3 в процессе лечения миелосаном развился миелобластный криз.

2. В процессе лечения (чаще на 1—2 неделе) отмечалось нарастание анемизации, но количество ретикулоцитов в крови увеличивалось; повышалось содержание лейкоцитов и незрелых форм; наблюдалось ускорение РОЭ с последующим улучшением (по мере наступления ремиссии) гематологических показателей.

3. Количество тромбоцитов в крови в процессе лечения у половины больных снижалось. Применение АКТГ, кортизона, половых гормонов (прогестерона, тестостерона) способствовало повышению числа тромбоцитов в крови и уменьшению геморрагического синдрома.

4. Содержание базофильных элементов у большинства в конце лечения, как и до лечения, оставалось повышенным или еще больше увеличивалось; количество эозинофильных элементов снижалось более отчетливо, но также оставалось на повышенных цифрах.

### Ю. М. Шульц (Краснодарский край). Заболеваемость ангиной и опыт профилактики ангин среди железнодорожников

Наблюдения за заболеваемостью ангиной среди железнодорожников Белореченского узла С. К. ж. д. и их семей были начаты в 1949 г. и проводились по 1958 г. включительно. Наш материал охватывает 2194 болевших ангиной.

В течение этого десятилетнего периода подавляющее большинство больных ангиной лечилось в отоларингологическом кабинете. Если были больные ангиной, лечение которых начинали участковые терапевты, то и эти больные в большинстве случаев в течение своего заболевания передавались для дальнейшего лечения отоларингологу.

В течение этих десяти лет на каждые 1000 первичных посещений по поводу ангины было 19,98 обращений. Мужчины составляли 48,7%, женщины — 51,3%.

Лакунарная ангина встречалась у 67,2% больных, катаральная — у 21,3% и фолликулярная — у 11,5%.

В нашей практике отмечалось, что терапевты и педиатры очень редко ставят диагноз — лакунарная ангина и, наоборот, почти всегда находят фолликулярную ангину там, где есть лакунарная. Эти специалисты нередко ставят диагноз катаральной ангины там, где ангины нет вообще, а есть острый фарингит.

Установить, что заболевший ангиной был перед заболеванием в контакте с другим ангинозным больным, удалось у 8,2% больных. При этом у всех отмечалась лакунарная ангина. Большинство связывало свое заболевание с простудой или употреблением холодных напитков.

Динамика заболеваемости ангиной по возрастным группам (в % к числу всех болевших ангиной): до 10 лет — 8,2%, от 11 до 20 лет — 32%, от 21 до 40 лет — 44,5%, от 41 и старше — 15,3%.

Чаще всего ангины наблюдались в осенние месяцы, затем из месяца в месяц количество заболеваний снижалось, достигая самых низких цифр в конце весны. В летние месяцы заболеваемость заметно возрастала и достигала максимума в октябре.

Сезонная динамика заболеваемости ангиной одинакова для местностей с совершенно различными климатическими условиями. Однако увеличение количества заболеваний ангиной в летнее время следует связывать с изменением местной реактивности глотки и полости рта, употреблением холодных напитков и мороженого, а также кратковременным переохлаждением всего организма при неумеренном купании в открытых водоемах. Как указывает А. С. Токман, большое значение имеют изменения и в характере питания населения в различные сезоны года.

Среди работающих средний срок нетрудоспособности был 4,98 дня.

Заболеваемость ангинами наиболее высока среди слесарей паровозного и вагонного депо и локомотивных бригад. Рабочие пути, находящиеся на открытом воздухе, меньше всего болеют ангиной. Б. Б. Койранский объясняет это тем, что работа на открытом воздухе закаляет организм к действию холода.

Надо отметить гораздо более низкую заболеваемость ангинами, по сравнению со слесарями депо и паровозниками, у проводников и работников вокзалов, имеющих постоянный и широкий контакт с пассажирами. Отсюда можно сделать вывод, как из нашего материала, так и из очень обширных материалов Б. Б. Койранского и А. С. Токмана, что основной причиной возникновения ангин является простуда.

Часто болеющие ангинами были взяты на диспансерный учет. Если частые, повторные ангины являлись не чем иным, как обострениями хронического тонзиллита, то в отношении таких рабочих решался вопрос о тонзиллоэктомии. Санировалась полость рта. Заболевавшие ангиной изолировались на дому. Регулярно проводилась санпросветработа в виде лекций на производстве, бесед, выпуска санитарного бюллетеня об ангине.

Вся работа по профилактике ангин велась в контакте с врачом здравпункта депо. Большую помощь оказывала санэпидстанция.

Число заболеваний ангинами в 1958 г. по сравнению с 1949 г. снизилось среди слесарей депо на 100 работающих на 1,2 (в случаях заболеваний), а в днях болез-