

Н. И. Пушкарев (Баш. АССР). Из опыта борьбы с эндемическим зобом в сельском районе

В 1960 г. путем подворных обходов нами обследовано на зоб 6012 чел. в 32 населенных пунктах Бижбулякского района, расположенного на западе Башкирии.

Увеличение щитовидной железы I—V ст. выявлено у 17,1% обследованных, бесспорный зоб — у 3,8%; индекс Бауэр — Ленца составлял 1:10.

С этого времени в дошкольных и школьных учреждениях осуществляется групповая профилактика: медработники дошкольных учреждений и классные руководители ежедневно дают детям по таблетке антиструмина. Беременные и кормящие матери принимают по 1—2 таблетки в неделю. Контроль возложен на детскую и женскую консультацию, на фельдшеров и акушерок близлежащих медицинских пунктов, СЭС.

В районной больнице за 1960—1964 гг. были оперированы 188 больных зобом. Отдаленные результаты удовлетворительны.

Эффективность работы проверена в 1962 и 1964 гг. в тех же населенных пунктах, в основном теми же лицами. Полученные данные представлены в таблице.

Год	Число обследованных	Степень увеличения щитовидной железы					Больные с истинным зобом, %
		I	II	III	IV	V	
1960	6012	546	253	209	24	—	3,8
1962	7569	367	184	147	17	2	2,1
1964	8232	280	167	140	13	1	1,8

Данные таблицы свидетельствуют о значительном снижении заболеваемости зобом.

УДК 616—002.951.2

Г. В. Зудов (Кызыл). Киста эхинококка в мышцах пятого межреберья слева

Д., 24 лет, поступил 13/II 1964 г. с диагнозом: посттравматическая аневризма сердца. Жалуется на боль и опухолевидное образование в области сердца. Считает себя больным с 15/XI 1963 г., после того как упал с двухметровой высоты и ударился передней частью левой половины грудной клетки о зубчатый забор. Спустя 2 месяца после травмы больной заметил слева под соском незначительную припухлость, которая в последующие дни стала быстро увеличиваться без болевых ощущений.

Пульс 86, хорошего наполнения, ритмичный. АД 110/70 мм. Дыхание везикулярное. По среднеключичной линии в области 5-го межреберья — неподвижная пульсирующая опухоль туго-эластической консистенции, овальной формы, 8×10 см. Границы сердца справа по краю грудины, слева сливаются с опухолью. Верхняя граница сердца — по нижнему краю 3-го ребра. Тоны сердца на верхушке приглушены, при аускультации опухоли шумов нет. В других точках тоны сердца прослушиваются отчетливо. Живот мягкий, безболезненный. Печень, почки и селезенка не пальпируются.

2/III 1964 г. произведена операция под эндотрахеальным эфирно-кислородным наркозом с применением управляемого дыхания. Перед торакотомией сделана пункция опухоли и получен густой белый гной. Через вершину опухоли разрезом в 10—12 см вскрыта полость, из которой выделилось около 100 мл белого гноя; подкожная клетчатка в этом месте серо-пепельного цвета. При ревизии полости удалено 5 мертвых дочерних кист и остатки хитиновой оболочки материнского эхинококкового пузыря. Оставшаяся плотная фиброзная капсула эхинококка исходит из мышц 5-го межреберья, верхняя стенка ее плотно спаяна с перикардом, нижняя — с диафрагмой. Длина полости 13 см, ширина 7 см. При каждом сокращении сердца верхняя стенка полости ритмично выпячивается, за счет чего и определялась пульсация опухоли. Полость осушена, промыта. Послеоперационное течение гладкое, заживление под тампонами. Больной осмотрен через 3 года после операции, здоров.

УДК 611.424—616—001

В. И. Кузнецов (Чебоксары). Травматический хилоторакс

Хилоторакс в хирургической практике встречается очень редко и, как правило, бывает обусловлен повреждением грудного протока. Развитие хилоторакса наступает не сразу после травмы, для этого требуется время. Вначале заболевание трактуется