

## 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 акушеров близлежащих медицинских пунктов, ЦЭС.

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—002.951.2П

## 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 среднечлвочичной 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

как экссудативный плеврит, и лишь полученная при пункции молочно-белая жидкость позволяет установить точный диагноз.

Приводим наше наблюдение.

М., 41 года, поступила 18/III 1964 г. с жалобами на боли в груди и эпигастрии, сухой кашель, одышку. Заболела в середине января 1964 г., в 1-й день после родов. Появился кашель со скудным выделением мокроты и боль в груди. Больная неделю лечилась в участковой больнице, затем была выписана. Дома состояние ухудшилось, боли в груди и одышка усилились; появилось кровохаркание. Снова поступила в участковую больницу, а оттуда была переведена в республиканскую больницу г. Чебоксар.

В правом легком сзади от верхушки до VI ребра дыхание бронхиальное, ниже не проводится. Перкуторный звук ниже VI ребра укорочен, от угла лопатки — тупой. Слева дыхание нормальное. Пульс 68, ритмичный, АД — 130/90.

24/III 1964 г. при рентгеноскопии грудной клетки обнаружено тотальное затемнение ее правой половины со смещением средостения влево.

25/III произведена пункция правой плевральной полости, получено 1,8 л жидкости молочно-белого цвета, без запаха. В результате последующих 5 плевральных пункций откачено еще около 10 л хилезной жидкости. 18/IV больная переведена в хирургическое отделение в связи с безуспешностью консервативного лечения.

27/IV под интубационным наркозом произведена передне-боковая торакотомия справа в VI межреберье. Из плевральной полости электроотсосом удалено немногим более 2 л лимфы. На передней поверхности нижней доли легкого обнаружен небольшой надрыв плевры, на который наложен Z-образный шелковый шов. Источника лимфорреи обнаружить не удалось, и, следуя совету П. А. Куприянова, мы дважды перевязали над диафрагмой грудной проток. Третьей лигатурой у передней поверхности позвоночника, у диафрагмы, перевязан тяж диаметром 1 см, в толще которого проходила и узкая непарная вена. После лигирования накопление лимфы в полости плевры как будто уменьшилось, но не прекратилось. На уровне VII ребра сбоку была найдена складчатость пристеночной плевры, откуда замечено постоянное просачивание хилезной жидкости. На этот участок наложено 4 узловых шелковых шва, просачивание лимфы прекратилось.

Больная выписана 27/V 1964 г. в удовлетворительном состоянии.

По нашему мнению хилоторакс у данной больной развивался следующим образом. Когда-то у нее образовалась швартта между висцеральной и париетальной плеврой справа. Во время потуг при родах или же во время кашля, возникшего после родов, спайка разорвалась, из поврежденного участка пристеночной плевры началось истечение лимфы. В дальнейшем развился хилоторакс.

УДК 611.82—616.13—616.14

### Н. В. Тимофеева и М. М. Садовая (Сочи). К клинике нарушений спинального кровообращения

В литературе последнего десятилетия все чаще появляются сообщения о заболеваниях спинного мозга сосудистого происхождения. Первенство в изучении этого вопроса принадлежит нашему соотечественнику П. А. Преображенскому. Описанная им в 1904 г. клиника поражения спинного мозга сосудистого происхождения вошла в мировую литературу как «синдром Преображенского».

В зависимости от уровня поражения корешковых артерий (верхней, средней или нижней) развивается тот или иной синдром. В литературе встречаются описания отдельных случаев поражения спинного мозга в результате нарушения спинального кровообращения (М. К. Бротман, С. Н. Давиденков, В. В. Михеев, Я. Ю. Попелянский, А. Ю. Ратнер, А. Н. Смирнов, Г. В. Шамова). Однако практические врачи еще мало знакомы со спинальными поражениями на почве гемодинамических нарушений.

Под нашим наблюдением в неврологическом стационаре находилось 14 больных (9 мужчин и 5 женщин) с поражением спинного мозга вследствие нарушения спинального кровообращения. В возрасте от 20 до 30 лет было 2 больных, от 30 до 50 лет — 9 и старше — 3.

У 6 больных стечен синдром Преображенского. Они жаловались на приступообразно наступающую слабость в ногах. Объективно констатирован преходящий спастический парапарез нижних конечностей с наличием патологических рефлексов. У части больных было диссоциированное расстройство чувствительности по проводниковому типу, нестойкие нарушения функции газовых органов.

У 3 больных выявлен синдром бокового амиотрофического склероза, у 2 — синдром Броун-Секара, у 1 — синдром артерии эпиконуса, описанный М. К. Бротманом. Явления сирингомиелии обнаружены у 1 больного, миастенический синдром — также у 1.

Таким образом у наблюдаемых нами больных были разнообразные спинальные синдромы, в основе патогенеза которых лежат нарушения кровообращения.

В лечении этих больных хорошие результаты дают сосудорасширяющие средства и тепловые физиотерапевтические процедуры.