

Исходя из вышеуказанных цифр (общего процента заболеваемости, тяжести поражений, когда 1 и 2 степени преобладают над более тяжелыми, большой пораженности детей), а также из проверки работы местных медицинских работников по ликвидации эндемического зоба, следует сказать, что лечение больных эндемическим зобом и профилактическая работа ведутся совершенно недостаточно, в частности йодирование соли Шугуровской СЭС контролируется от случая к случаю.

Кроме того, профилактика эндемического зоба среди такого доступного, в смысле охвата большого количества детей, контингента школьников не только не проводится, но многие медицинские работники на селе даже надлежащим образом не инструктированы, как нужно проводить профилактику.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Крупачева И. Ф. Казанский мед. журн., 1935, 8—9. — 2. Полянцев А. А. и Полянцева А. И. Казанский мед. журн., 1935, 10. — 3. Мухамедьяров Ф. Г. Пораженность населения МАССР эндемическим зобом, 1941 (рукопись). — 4. Милославский В. В. Казанский мед. журн., 1959, 1. — 5. Шмагина М. Д. и Усманова Г. М. Probl. эндокринол. и гормонотерап., 1959, 4.

Поступила 8 октября 1959 г.

## ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ В РАЙОНЕ ВОЛЖСКА

Канд. мед. наук А. М. Хакимова

Кафедра общей гигиены (зав.— проф. **В. В. Милославский**)  
Казанского медицинского института

Марийская АССР издавна считалась очагом эндемического зоба. Первые сведения о зобе на территории Марийского края относятся к 1870 и 1886 гг. (Н. А. Толмачев и М. Ф. Кандаратский). В советский период впервые в 1929 г. была организована Наркомздравом РСФСР научная экспедиция для выявления причин, характера и размера эндемии зоба. Результаты обследования подтвердили имевшиеся данные. Была создана Марийская научно-исследовательская зобная станция, которая объединила всю работу по борьбе с зобом в республике. В дальнейшем стала проводиться йодная профилактика путем снабжения населения поваренной солью и одновременно «школьная» йодная профилактика, что отразилось на состоянии здоровья населения. Новые материалы о зобной эндемии в МАССР, представленные проф. Ф. Г. Мухамедьяровым спустя десять лет после экспедиции 1929 г., показали значительное снижение заболеваемости (до 10,6% вместо 21,2% в 1929 г.). В годы Отечественной войны и послевоенные массовых обследований населения не производилось. По Волжскому району за это время имелись лишь данные выборочного обследования населения, проведенного по инициативе местных медицинских работников. По этим данным, в Волжском районе вновь наблюдалось повышение заболеваемости (до 45% к числу обследованных)<sup>1</sup>. В 1956 г. проведено обследование населения Звениговского района врачами Д. В. Швец и С. П. Мясниковым и установлена заболеваемость эндемическим зобом, равная 51,1% (материалы республиканской СЭС).

Нами проведено выборочное обследование населения на заболеваемость эндемическим зобом в районе Волжска. Одновременно выяснялись условия водоснабжения населения, и определялось содержание йода в воде и в йодированной поваренной соли. Обследование проводилось в районе древкомбината. Всего обследовано 2214 человек: рабочих древкомбината — 1495, учащихся школы № 4 — 571, детей детского сада № 4 — 148. Обследовано семь водоисточников и сделано 13 анализов воды на определение содержания в ней йода. 15 анализов сделано на выявление йода в поваренной соли.

Из 2214 обследованных лиц 841 имеет увеличенную щитовидную железу с I по IV степень (38%): I ст.— 476 (56,5%); II— 274 (32,5%); III— 87 (1,3%); IV— 4 (0,4%).

Из общего количества лиц с увеличенной щитовидной железой (841) женщин 604, мужчин 237 (1:2,5), что свидетельствует о высокой тяжести эндемии.

Лица с увеличенной щитовидной железой только среди рабочих составляют 40,4% и распределяются по степеням и полу следующим образом: из 922 обследованных женщин 479 имеют увеличенную щитовидную железу (51,9%); из них I ст.— 252 (52,6%); II ст.— 159 (33,1%); III— 65 (13,3%); IV— 3 (0,6%). Из 573 мужчин увеличение железы найдено у 126 (21,9%), из них: I ст.— 92 (73%); II— 27 (21,4%); III— 6 (4,1%), IV— 1 (0,7%). Соотношение числа мужчин к числу женщин — 1:3,8.

<sup>1</sup> Доклад о противозобной работе в Мар. АССР за 1953 г.

Из осмотренных учащихся (571) 208 имеют увеличенную железу с I по III ст. (36,4%). Из 310 обследованных девочек увеличение железы найдено у 111 (35,8%), из обследованного 261 мальчика у 97 (37,1%). Соотношение мальчиков и девочек — 1:1.

В детском саду из 148 осмотренных детей 28 имеют увеличенную железу I и II степеней. Мальчиков осмотрено 72, из них 14 имеют увеличение железы I и II степени, среди 76 девочек — 14. Соотношение мальчиков и девочек — 1:1.

При обследовании форм зоба оказалось, что шесть случаев увеличения имеют узловую форму, шесть — смешанную, остальные носят диффузный характер.

При обследовании на зоб мы обращали внимание и на длительность проживания в данном населенном пункте. Согласно исследованиям проф. Ахунбаева, большинство вновь приехавших заболевает в первый год приезда в эндемический район. А проживание свыше двух лет в этой местности приводит к морфологическим сдвигам в структуре щитовидной железы, предшествующим изменениям ее размеров и веса.

Из 1495 обследованных рабочих местными жителями оказалось только 204 человека, 1291 — приезжими, проживающими здесь с 1933 г. и позже. У местных жителей увеличенные железы у 95 (46,5%), приезжих — у 746 (56%).

Водоснабжение населения древкомбината осуществляется за счет подземных источников, из которых вода с помощью вертикальных буровых скважин добывается и подается в водопроводную сеть. Часть населения, проживающая на побережье, использует для питья волжскую воду.

Органолептические показатели водопроводной воды не во всех случаях удовлетворительны. Так, например, вода из поселка Коммуны обладает неприятным запахом (превышающим 2 балла), повышенной цветностью и мутностью. При опросе выяснилось, что население неохотно использует эту воду. В целом же для данного района характерна малая минерализация воды, так как она очень мягкая и по вкусу напоминает дистиллированную воду. Нами исследована вода из семи разных источников. Для определения содержания в ней йода применен метод Фелленберга. Результаты следующие:

Вид и местонахождение источника	Содержание йода в гаммах в одном литре (среднее из двух анализов)
1. Колонка по ул. Нижней . . . . .	0,3
2. „ „ Ленина . . . . .	0,3
3. „ „ Вавилова . . . . .	3,3
4. „ „ во дворе санчасти . . . . .	0,5
5. „ „ в поселке Коммуна . . . . .	0,3
6. „ „ в поселке Целина . . . . .	2,6
7. Затон по ул. Парковской (открытый водоем) . . . . .	1,6

Результаты исследования воды, проведенные проф. В. В. Милославским в 1929 г. (с помощью того же метода), также показывают низкое содержание в ней йода. Так, например, в воде 30 различных источников Марийской республики найдено от 0,24 до 1,01 гамм йода в литре. Низкое содержание йода отмечено и в почве, и в пищевых продуктах этой местности (С. С. Шуллинов).

Из 15 проб соли, взятых для анализа (качественная реакция), йод обнаружен только в шести случаях (соль из магазина, с продуктового склада, из детского сада и от частных лиц). В остальных девяти случаях йода не обнаружено совершенно (соль из столовой для рабочих, буфета школы, от частных лиц и из санчасти древкомбината).

Нами направлены докладные записки в Министерства здравоохранения Татарской и Марийской АССР с указанием конкретных предложений по улучшению борьбы с эндемическим зобом.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Қандаратский М. Ф. Врач, 1899, 3.— 2. Мардерштейн И. Г. Проблемы эндокрин. и гормонотерапии, 1958, 4.— 3. Милославский В. В., Лось Л. И. Труды экспедиции по изучению эндемического зоба в Марийской области. НКЗдрав РСФСР, 1929.— 4. Мухамедьяров Ф. Г. Пораженность населения МАССР эндемическим зобом. Обработка статистических данных, полученных обследованиями 1938—1940 гг. (Рукопись).— 5. Сб. научн. тр. Ярославского мед. ин-та, 1958.— 6. Сб. научн. тр. Львовского мед. ин-та, 1959, т. XVII.— 7. Сб. научн. тр. Казанского мед. ин-та, 1957, вып. 1.

Поступила 26 декабря 1959 г.

# СОСУДИСТЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ТЕТРАЭТИЛСВИНЦОМ

Доц. Э. М. Бонгард

Клинический отдел (зав.— проф. С. И. Ашбель) Горьковского научно-исследовательского института гигиены труда и профзаболеваний

При изучении хронических форм ТЭС-интоксикации мы обратили внимание на вариабельность сосудистых расстройств, наблюдающихся при ней.

Динамическое изучение АД у больных хронической ТЭС-интоксикацией показало, что из 120 лиц у 20 определялось стойкое и у 26 — непостоянное повышение АД.

Что касается их возраста, то только 2 человека из 20 были в возрасте 51 г.: 3 — 46—50 лет и 15 — в возрасте 30—45 лет. Примерно такие же возрастные соотношения наблюдались среди лиц, у которых АД повышалось непостоянно.

В некоторых случаях повышение АД оказывалось случайной находкой при проведении очередного медицинского осмотра и проходило незамеченным для больных. В других оно сопровождалось головной болью, легким головокружением, общей слабостью, плохим настроением.

Особый интерес представляют наблюдавшиеся у больных хронической ТЭС-интоксикацией пароксизмально-наступающие состояния, характеризующиеся декомпенсацией сосудистой регуляции с резко очерченной, клинической картиной ангиоспастического криза.

В 1954 г. Р. Н. Вольфовская сообщила о наблюдавшихся ею ангиоспастических явлениях у больных хронической интоксикацией этилированным бензином. При хронической ТЭС-интоксикации подобных описаний в доступной литературе нам встретить не удалось.

Ангиоспастические кризы у изученных нами больных носили разнообразный характер. Чаще всего они сопровождалась церебральной симптоматикой, включавшей внезапно появляющуюся резкую головную боль, головокружение, усиливавшееся при перемене положения, тошноту, иногда рвоту, резкое побледнение лица. Как правило, такого рода приступ сопровождался расстройством настроения, слезливостью, раздражительностью, чувством страха, тоской, общим беспокойством.

Наряду с обычными для хронической ТЭС-интоксикации симптомами нарушения вегетативной нервной системы (гипотермией, брадикардией, секреторными нарушениями и пр.), часто наблюдались кратковременное повышение АД, обычно не достигавшее больших цифр (140/100—160/100), и ряд других нарушений сосудистой регуляции.

Ангиоспастические проявления обнаруживались не только со стороны сосудов мозга. В некоторых случаях спазм охватывал сосуды сердца (коронарный криз), а иногда — конечностей (ангионевротический приступ).

В случаях кардиальной криза пароксизмально проявлялись боли в области сердца, сжимающие, колющие, часто с ощущением «озноба», «похолодания» во всем теле. Еще чаще, чем при церебральных кризах, здесь наблюдались эмоциональные расстройства — безотчетный страх, страх смерти, тоска и пр.

Некоторые больные одновременно указывали на беспокоившее их «покалывание» в пальцах рук, ног, ощущение «одревенения», «омертвения» в них, «ползания мурашек», «прохождения тока». Нередко церебральная симптоматика сочеталась с описанной только что кардиальной и симптоматикой со стороны дистальных отделов конечностей.

Необходимо подчеркнуть, что во всех случаях обязательным компонентом являлись изменения со стороны психики, которые характеризовались расстройством настроения, отрицательным аффективным тоном с тревогой, беспокойством, гневной раздражительностью, страхом и пр. (дистимический синдром).

Частота наблюдавшихся ангиоспастических приступов значительна: мы могли установить подобные явления в 23 из 120 случаев хронической ТЭС-интоксикации.

Анализ комплекса нарушений при ангиоспастическом пароксизме вскрыл ряд особенностей сосудистой реактивности.

Раньше всего обратили на себя внимание несомненные случаи ангиоспазма, протекавшего во всем аналогично приведенному выше описанию и отличавшегося тем, что АД оказывалось либо нормальным, либо даже сниженным.

Подобные случаи побудили нас обратить внимание на измерение у больных АД не только в плечевых, но и в височных артериях. Оказалось, что максимальное АД в височной артерии было повышено у большинства больных хронической ТЭС-интоксикацией, в клинической картине которой на первый план выступали ангиоспастические явления. Так, у 11 из 18 больных с ангиоспастическими приступами максимальное АД в височной артерии было повышено и составляло 60—100. Коэффициент отношения максимального АД в височной артерии к максимальному АД в плечевой, в норме равный 0,5—0,55, был во многих случаях (14) повышен, причем в 6 случаях он был больше 0,71 (0,71—0,8).