

Отдел III. Из практики.

О зобатости на Амуре.

Д-ра Ш. И. Ратнер (г. Благовещенск на Амуре).

Летом 1930 г. я работал в Тамбовском районе Амурского округа и обратил внимание, что на прием обращается много больных с видимым увеличением щитовидной железы. Постоянным местом моей работы была д. Шокровка. Кроме того, ко мне обращались больные из окружающих деревень: Шугилово, Максимовка, Николо-Александровка. С целью выяснить, как распространен зоб в этом районе, я предпринял подворный осмотр жителей деревни Шокровка и затем произвел обследование школьников трех указанных поселков. Производился общий подробный осмотр, у некоторых больных взяты мазки крови для определения лейкоцитарной формулы. Здесь я хочу поделиться статистическими данными произведенного осмотра. Эти данные в общем указывают, что Амурский округ является очагом эндемического зоба.

Для определения размеров зоба я пользовался классификацией, предложенной швейцарской комиссией и принятой в экспедиции по изучению зоба и Мари-области. По этой классификации различаются следующие степени:

„0“—случаи с общим незначительным увеличением обеих долей и перешейка щит. железы, где это увеличение может быть поставлено в связь с физиолог. моментами (период полового созревания, беременность). Увеличение определяется только при пальпации.

„I“—случаи, где щитовидная железа представляется несколько увеличенной на глаз, но контуры шеи не резко изменены.

„II“—случаи, где щитовидная железа увеличена уже настолько, что диагноз зоба совершенно бесспорен даже на глаз, без пальпации.

„III“—случаи с резкоизмененным профилем шеи и сильно увеличенной щитовидной железой—большой зоб.

Разумеется, кроме этих основных групп есть и переходные: 0—I, I—II и II—III.

Мною обследовано в д. Шокровке 104 двора с количеством населения в 422 чел. Распределение этих лиц по возрасту видно из таблицы № 1. Я выделяю отдельно возраст до 6 лет из тех соображений, что в этом возрасте зоб встречается редко. Кроме того, я выделяю также возраст периода полового созревания (13—17 л.).

Таблица № 1.

Возраст	0—5 л.	6—12	13—17	18—30	31—40	41—50	51—60	Выше 60 л.	Всего
Кол. обследован.	90	102	41	87	31	29	20	22	422
%	21%	24%	10%	20,5%	7,5%	7%	5%	5%	100%

Из этой таблицы видно, что в моем материале преобладают лица в возрасте до 30 лет.

У обследованных мною 422 ч. увеличение щитовидной железы имело место в 167 случаях (39,5%), причем 132 случая зоба (80%) приходится на женский пол и остальные 20% на мужской, что совпадает с литературными данными.

Распределение зоба по возрасту можно видеть из следующей таблицы:

Таблица № 2.

Возраст	0—5	6—12	13—17	18—30	31—40	41—50	51—60	Выше 60 л.	Всего зобатых
Кол. лиц с зобом	5	54	27	45	13	14	3	6	167
%	3%	32%	16%	27%	8%	9%	2%	3%	100%

Наиболее пораженным, согласно этой таблице, оказывается возраст от 6 до 30 лет. Однако, истинное значение этой таблицы выяснится лишь при сопоставлении ее с таблицей № 1. Мы видим, что в возрасте до 6 лет увеличение щитовидной железы имело место только в 5 случаях из 90 обследованных. В возрасте 6—12 л. зоб отмечался в 54 случаях из 102 (почти 50%), в периоде полового созревания—в 27 из 41 случ. (66%) и в возрасте 18—30 л.—в 45 из 87 случаев (52%). Таким образом, в раннем детском возрасте зоб встречается в моем материале очень редко. На материале Мариобласти зоб в этом возрасте (0—6) отмечается еще реже. Но уже с шестилетнего возраста % зобатости начинает возрастать и в периоде полового созревания зоб отмечается уже в 66% случаев. Должен, однако, оговориться, что случаи с незначительным увеличением щитовидной железы (0—I по нашей классификации) имели место в 34% всех случаев зоба. Эти случаи можно считать сомнительными в смысле наличия истинного зоба, в особенности в детском и юношеском возрасте. При очень тонких шейных покровах, хорошо прощупываемый перешеек железы может быть принят за патологическое припухание. Поэтому не исключена возможность субъективности в оценке наличия зоба в случаях с незначительным припуханием железы, даже если отбросить моменты физиологического припухания (в периоде полового созревания). Разумеется, что процент истинной зобатости следует считать на основании вышеизложенного несколько более низким. Но, если даже исключить вовсе из моего материала случаи с зобом С—1, т. е. оставить лишь случаи, где диагноз зоба несомненен (I, II и III), то и тогда окажется, что на 422 ч. приходится 113 случаев истинного зоба (27%).

Следующая таблица указывает на размеры зоба среди обследованных.

Таблица № 3.

Размер зоба	0—I	I	I—II	II	II—III	III	Всего
Колич.	56	54	23	19	5	10	167
%	34%	32%	14%	11%	3%	6%	100%

Зоб I имел место в 32% случаев, в 34% увеличение железы было настолько значительное и профиль шеи настолько изменен (I—II, II, II—III и III), что диагноз зоба не вызывал сомнений при одном осмотре, без пальпации.

Что касается формы зоба, то известно, что она может быть установлена с точностью лишь гистопатологически. Я поэтому ограничился лишь отметкой о консистенции и внешней форме зоба (диффузный, узловатый, смешанный). Узловатый зоб имел место в 13% случаев, смешанный в 3%, в остальных случаях зоб был диффузный.

Перейду теперь к результатам, полученным при обследовании школьников. Всего обследовано мною 443 школьника в возрасте от 8 до 14 лет. Зоб отмечен у них в 269 случаях (60%). Если и здесь отбросить случаи с незначительным увеличением щитовидной железы (0—I) которых было 121, то и тогда останется 148 случаев (33%), где несомненно имел место истинный зоб. На самом же деле процент зобатости следует считать более высоким (чем 33%), т. к. безусловно часть случаев с незначительно увеличенной щитовидной железой относится к случаям начинающегося зоба.

Из обследованных мною в четырех деревнях школьников на первом месте стоят школьники д. Максимовки, среди которых уже у половины профиль иеи был рельефно изменен, и диагноз мог быть поставлен без пальпации. У этих школьников, несмотря на малый возраст, в 5 случаях отмечен был большой зоб (III).

Все вышеизложенное, касающееся как результатов подворного обследования населения д. Паэровка, так и осмотра школьников четырех деревень, расположенных друг от друга на расстоянии приблизительно, 10—15 км., дает основание предполагать, что зоб здесь носит эндемический характер. Население этих деревень—украинцы, переселившиеся сюда, главным образом, из Полтавской губернии лет 20 тому назад. Они отмечают, что зоб появился у них уже здесь. При подворном обследовании мне попадались семьи, в которых выраженный зоб имел место у 7—9 членов семьи, причем появление зоба отмечается у всех на новой родине, в Амурском округе. Среди обследованных школьников отмечен один случай кретинизма, который относится к 12-летней девочке с резко пониженным интеллектом. В д. Максимовке я наблюдал кретинку 16 л. возраста. Зоб у этой кретинки отсутствует. В дер. Покровке отмечено двое глухонемых детей в одной и той же семье, у 26-ти летней матери этих детей—узловатый зоб II.

Большинство зобатых не отмечает никаких неприятных ощущений, которые можно было бы поставить в связь с наличием зоба.

Выраженных изменений объективного характера со стороны других органов отметить не удалось.

В связи с тем, что многие авторы придают большое значение водной теории происхождения зоба, считаю не лишним отметить, что во всех перечисленных мною деревнях население пользуется водой из колодцев. Вода эта мягкая, мутная с серовато-бурым оттенком, дает при стоянии и кипячении вали, похожий на керосиновую пленку, а также большой осадок хлопьев бурого цвета.

Как я уже выше говорил, эта работа имеет, главным образом, целью представить статистическую картину зоба в обследованном мною районе на Амуре, который, по всей вероятности, является эндемическим очагом. Эти статистические данные должны, на мой взгляд, послужить стимулом к дальнейшему и всестороннему изучению зоба на Амуре и к предупреждению дальнейшего развития эндемии.

О болезни Банга в Даурии

Врача Уровского института Н. Н. Дамперова.

Летом 1930 года в овцеводческом совхозе „Красный Великан“, находящемся в южной степной части Восточного Забайкалья, появилось среди чабанов массовое заболевание, оставшееся нераспознанным. Число заболевших осталось также не установленным, повидимому около 20. Двое больных, помещенные в Даурский военный госпиталь, умерли.

Весной 1931 г. мною были осмотрены в Борзинской больнице два из прошлогодних больных: Репин и Воробьев, причем по температурной кривой, записям в историях болезни и остаткам кровоизлияний в межмышечные щели и околоуставные ткани мною была заподозрена у них болезнь Банга. Проехав тогда же на совхозные хутора Урулюнгуи и Цаган-Нор, я обнаружил там одного дворового рабочего, Придачина, с петехиальной сыпью на конечностях и кровоизлияниями в локтевые слизистые сумки; больной температурил, но оставался на ногах. Другой—зоотехник Копцев—был обнаружен только с неправильной лихорадкой и желтушным цветом кожи при несколько увеличенной селезенке, заболел недели две.

По сопоставлении описаний и личных наблюдений выяснилась следующая картина заболевания. Сначала общее недомогание, ломота в пояснице и конечностях, повышенная температура. Диагноз в это время: малярия, брюшной тиф и т. д. В дальнейшем желудочно-кишечные расстройства: поносы, тошнота, рвота, увеличение печени и селезенки. Через месяц-полтора после начала появляются геморагические высыпания на коже, преимущественно нижних конечностей, в тяжелых случаях и по всему телу, кровоизлияния в области суставов и в мышцах голени и бедер. Свойственного цынга поражения рта не отмечено ни