

скорости включения радиоактивного йода в щитовидную железу отмечено у 7, понижение скорости и максимума включения — у 4, у остальных включение йода не выходило за пределы нормы. Клинически симптомы тиреотоксикоза установлены у 4, причем у одной наблюдалась выраженная форма заболевания с мерцательной аритмией и декомпенсацией, а у трех — легкая форма.

Нами также изучалось состояние сократительной функции сердца до начала лечения, после операции или окончания лечения и спустя длительное время. У всех исследуемых датчиком типа Дока регистрировалась баллистокордиограмма (БКГ) скорости при общепринятых условиях (не ранее чем через 2 часа после приема пищи. 10 минут спокойного лежания на прочной кушетке). Оценка кривых производилась по классификации Броуна с добавлениями клиники проф. А. И. Гефтера.

При всех формах заболевания наблюдалась дальнейшая нормализация или значительное улучшение БКГ по сравнению с периодом непосредственных результатов лечения. В частности, в группе больных тиреотоксикозом средней тяжести (20) только у одной была нормальная БКГ до начала лечения. После же лечения или операции такие кривые зарегистрированы у 3, а спустя длительное время — уже у 11. Только у трех сохранились БКГ III ст. Такие стойкие изменения указывают на значительное нарушение функции сократимости сердца вследствие глубоких дегенеративных процессов в миокарде. В группе больных тяжелым тиреотоксикозом (8) до лечения совершенно не наблюдалось нормальных БКГ, после лечения или операции их также не было. Через несколько месяцев после операции у 2 БКГ полностью нормализовалась, причем до лечения у одной были кривые II ст. «Б», а у второй — III ст. «А». У 3 произошло значительное качественное улучшение кривых до I ст. «А».

У двух больных тяжелой формой тиреотоксикоза зарегистрированы резко деформированные БКГ за счет расщепления или раздвоения зубца J, расщепления K, повышения L. У одной оставались выраженные явления тиреотоксикоза с мерцательной аритмией, несмотря на лечение радиоактивным йодом. У второй наступило значительное улучшение.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ависор М. и Ольгина Ф. П. Зобная болезнь, 1959, Киев, т. II. — 2. Ваврик Ж. М. Там же. — 3. Коломийченко М. Н. и Назаренко А. Н. Вест. хир. им. И. И. Грекова, 1959, 6. — 4. Логаткина Н. С. Пробл. эндокринол. и гормонотерап., 1955, 4. — 5. Николаев О. В. и Агафонов Ф. А. Пробл. эндокринол. и гормонотерап., 1957, 2. — 6. Олешкевич И. Б. Здравоохранение Белоруссии, 1959, 7. — 7. Петухов И. А. Хирургия, 1957, 10. — 8. Шурьгин Д. Я. Пробл. эндокринол. и гормонотерап., 1955, 6. — 9. Fiandra O., Cervino J., Navarro A., Landua, de Delfino, Mussio-Fournier C. Bull. et men. Soc. med. Hopitaux. 1955, 1—2, Paris.

Поступила 30 сентября 1961 г.

## НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИКИ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА В ЛЕНИНОГОРСКОМ РАЙОНЕ ТАТАРСКОЙ АССР

*Л. В. Дановский*

Лениногорская горбольница (главврач — Н. Ш. Хасанов, научный консультант — проф. Л. М. Рахлин)

Клиника и течение эндемического зоба имеют особенности в различных очагах эндемии (А. Т. Лидский, О. В. Николаев, И. И. Русецкий, И. Б. Хавин и др.). При горном зобе обычно наблюдается больше узловых форм с наклонностью к гипотиреозам, при равнинном — чаще диффузные формы и случаи гипертиреоза. О. В. Николаев указывает, что для клинической картины зоба центральных областей РСФСР характерны частые признаки гипертиреоза, нередки случаи токсических аденом. В Горьковской области течение зоба более благоприятно, и среди больных лишь небольшой процент страдает гипертиреозными проявлениями. На Урале, несмотря на горный характер районов распространения зоба, часто встречается зоб с гипертиреозными проявлениями.

Лениногорский район расположен в юго-восточной части Татарской АССР на Бугульминско-Белебейской возвышенности; высотные отметки — от 100 до 371 м над уровнем моря. Район пересекают реки Степной Зай и Шешма — левые притоки Камы.

В ряде работ уже указывалось на распространение эндемического зоба среди населения Лениногорского района (А. А. Полянцев и А. И. Полянцева, 1935; Г. М. Усманова, 1959; Ф. Г. Тазетдинова, 1961; Н. Ш. Курамшина-Бичурина, 1961). Г. М. Усманова увеличение щитовидной железы обнаружила у 87,2% обследованных жителей, зоб III—V степеней — у 14,8%; Ф. Г. Тазетдинова у детей увеличение щи-

товидной железы обнаружила в 75,09%, из которых зоб — в 7,26%. Однако вопросы клинических проявлений эндемического зоба на территории района не изучались.

Нами обследовано 246 (мужчин — 28, женщин — 218) больных эндемическим зобом, постоянно проживающих в селах Урдала, Спиридоновка, Н. Иштиряк, Ст. Иштиряк, Бакирово, Ст. Кувак, Сарабикулово, Кирлегач, Урмышла, рабочем поселке Зеленая Роша и некоторых других селениях района.

С II степенью увеличения щитовидной железы было 14,6%, III — 68,6%, IV — 14,5%, V — 2,3%. Таким образом, наибольший процент приходится на больных с зобом III степени.

Таблица 1

Возраст больных Форма зоба	Возраст больных					Всего
	До 14 лет	До 19 лет	До 35 лет	До 50 лет	Старше	
Диффузная . . . . .	13	24	62	25	7	131 (53,2%)
Узловая . . . . .	4	1	15	25	37	82 (33,3%)
Смешанная . . . . .	2	—	9	14	8	33 (13,5%)
Всего . . . . .	19	25	86	64	52	246

90 человек (36,5%) жалоб не предъявляли, при осмотре у них патологических отклонений от нормы со стороны внутренних органов не обнаружено (эутиреоидные формы зоба).

156 (63,5%) человек жаловались на сердцебиение, одышку, головные боли, раздражительность, утомляемость, потливость. При осмотре у них определялись различной степени выраженности лабильный пульс, тахикардия, повышенная громкость тонов сердца, сердечные шумы (систолический шум над верхушкой и легочной артерией), тремор рук, гипергидроз (гипертиреоидная форма зоба). Резко выраженные проявления гипертиреоза выявлены у 28 женщин (11,3%), из них у 12 с узловыми формами зоба, которые можно отнести к тиреотоксическим аденомам. У 30 (12,1%) были различные нарушения менструального цикла.

Пульс свыше 80 был у 121 (49,1%), свыше 100 — у 30 (12,1%). У двух была аритмия типа экстрасистолии.

АД чаще было несколько повышенным (систолическое выше 130 мм определялось у 58 — в 23,6%, диастолическое выше 90 мм — у 12 — в 4,8%). Гипотония была у 22 (8,9%).

Систолический шум над верхушкой выслушивался у 61 (24,8%), повышенная громкость тонов сердца — у 18 больных (7,2%). Увеличения границ сердечной тупости у них не определялось, что дает основание считать указанные выше шумы функциональными.

Некоторые цифровые данные о клинических проявлениях у обследованных больных с эндемическим зобом, с учетом возрастных групп, представлены в таблице 2.

Таблица 2

Жалобы и объективные данные	До 45 лет	Старше 45 лет
Головные боли . . . . .	72	40
Сердцебиение . . . . .	68	38
Раздражительность . . . . .	32	16
Тахикардия . . . . .	98	53
Сердечные шумы . . . . .	40	21
Повышенная громкость тонов сердца . . . . .	12	6
Гипертония . . . . .	32	38
Гипотония . . . . .	20	2

При осмотре оперированных в прошлом по поводу гипертиреоидного зоба (срок давности после операции от 2 лет и выше) обращали на себя внимание сохранившиеся неврологические жалобы в виде головных болей, повышенной раздражительности, быстрой утомляемости, нарушения сна и т. д. В то же время при объективном

осмотре изменений со стороны сердечно-сосудистой системы (тахикардии, сердечных шумов, гипертонии) не определялось. Это обстоятельство свидетельствует о необходимости длительного применения препаратов брома, валерианы и других успокаивающих средств для лечения больных эндемическим зобом в послеоперационном периоде.

В обследованных нами селениях у трех больных были рецидивирующие узловые зобы, начавшие расти спустя 1,5—2 года после операции.

Больных с микседемой и кретинизмом нами не найдено, но совместно с врачом Г. М. Усмановой мы встречали детей с дефектами умственного и физического развития.

У 75 (мужчин 17, женщин 58) проведено морфологическое исследование крови. Со стороны красной крови изменений не найдено, лишь в одном случае имелась нормохромная анемия. Число лейкоцитов у всех было в пределах нормы, однако в лейкоформулах у 49 была нейтропения, у 14 — лимфоцитоз, у 5 — эозинофилия; ускоренная РОЭ — у 24. Таким образом, наши данные совпадают с данными А. А. Полянцева и А. И. Полянцевой, которые уменьшение числа нейтрофилов у больных эндемическим зобом в нашем районе отмечали в 66%. Указанное обстоятельство, по-видимому, связано с токсическим угнетением лейкопоэза.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Курамшина - Бичурина Н. Ш. Казанский мед. ж., 1961, 6. — 2. Милославский В. В. Казанский мед. ж., 1959, 1. — 3. Поляnceв А. А. и Полянцева А. И. Казанский мед. ж., 1935, 10. — 4. Русецкий И. И. Нарушения функций желез внутренней секреции. Казань, 1956. — 5. Газетдинова Ф. Г. Казанский мед. ж., 1961, 5. — 6. Шагина М. Д. и Усманова Г. М. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, 1959, 4.

Поступила 22 июня 1962 г.

## ОБЫЗВЕШТВЛЕНИЕ И ОКОСТЕНЕНИЕ В ЗОБАХ

*Н. И. Пушкарев*

Хирургическое отделение Бижбулякской больницы (главврач — П. П. Сорокин)  
Башкирской АССР

Литература об обызвештлении и окостенении в зобах невелика. Наиболее полное описание этой патологии мы нашли в работе В. Н. Шубина (1931), который на 112 оперированных зобов 19 раз встретил обызвештление.

Б. В. Аникандров на 204 операции отметил 5 обызвештлений; в клинике общей хирургии Горьковского мединститута на 755 операций было 5 обызвештлений и «случай образования истинной кости в узловом зобе» (В. Д. Троицкая).

Нам на 102 операции за 3 года (1959—1961) встретилось 4 обызвештления и 2 окостенения. Возраст наших больных — от 42 до 58 лет, возраст их зобов — от 16 до 26 лет. Ни у одной из 6 не было травмы шеи. Приводим наши наблюдения.

I. X., 55 лет, поступила 22/II 1960 г. по поводу узлового зоба. Считает себя больной с 1935 г., когда появилось опухолевидное увеличение щитовидной железы. Последнее время отмечает затруднения при дыхании и глотании, стала раздражительна. Левая доля щитовидной железы  $11 \times 12,5 \times 7$  см, твердая; правая  $5,5 \times 4,5 \times 4,5$  см, твердая. 26/II 1960 г. произведена субтотальная резекция щитовидной железы. Ткань долей режется с трудом; в центральной, верхней, наружной и нижней их частях находятся сформировавшиеся камни, окруженные полупрозрачным плотным веществом. Гистологический диагноз: коллоидный зоб с явлениями склероза, гиалиноза и участками обызвештления.

II. K., 58 лет, поступила 23/V 1960 г. по поводу узлового зоба и новообразования в левой околоушной области.

Считает себя больной с 1944 г., когда появилось увеличение щитовидной железы. В 1950 г. появилась опухоль впереди левого уха, постепенно увеличивающаяся. С 1958 г. отмечает одышку при работе, боль при глотании, раздражительность. Левая доля щитовидной железы  $8 \times 6 \times 6$  см, твердая; правая —  $6 \times 5 \times 4,5$  см, плотная. Опухоль в околоушной области  $3 \times 2 \times 1$  см, плотная, подвижная, безболезненная. 27/V 1960 г. произведена субтотальная резекция щитовидной железы. В центральной части левой доли оказалась кость  $3 \times 1,5 \times 1,5$  см, с шероховатой поверхностью, белого цвета. Гистологический диагноз: паренхиматозно-коллоидный зоб с явлениями склероза и окостенением. 8/VI 1960 г. удалена опухоль в левой околоушной области; гистологический диагноз: нейринома с резко выраженным фиброзом стромы.