

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 постоперационном 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; укорененная 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. Курмышова-Бичурина Н. Ш. Казанский мед. ж., 1961, 6.
2. Милославский В. В. Казанский мед. ж., 1959, 1.—3.
3. Полянцев А. А. и Полянцева А. И. Казанский мед. ж., 1935, 10.—4.
4. Русецкий И. И. Нарушения функций желез внутренней секреции. Казань, 1956.—5.
5. Тазетдинова Ф. Г. Казанский мед. ж., 1961, 5.—6.
6. Шмагина М. Д. и Усманова Г. М. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, 1959, 4.

Поступила 22 июня 1962 г.

ОБЫЗВЕСТЛЕНИЕ И ОКОСТЕНЕНИЕ В ЗОБАХ

Н. И. Пушкирев

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

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

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

Нам на 102 операции за 3 года (1959—1961) встретилось 4 обызвествления 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 узловатого 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 обызвествления.

II. К., 58 лет, поступила 23/V 1960 г. по поводу узловатого 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/VII 1960 г. удалена опухоль в левой околоушной области; гистологический диагноз: нейринома с резко выраженным фиброзом стромы.

III. Е., 42 лет, поступила 26/I 1961 г. по поводу узловатого зоба. Считает себя больной с 1937 г. При поступлении жаловалась на одышку при ходьбе, повышенную раздражительность, плаクливость. Левая доля щитовидной железы $6,5 \times 4,5 \times 4,5$ см, плотная; правая — $11 \times 5 \times 5$ см, плотная. 30/I 1961 г. произведена субтотальная резекция щитовидной железы. В центральной части правой доли обнаружен серого цвета камень $3 \times 2 \times 2$ см. Гистологический диагноз: фолликулярный зоб с признаками слабо выраженной базодиффикации и обызвествлением.

IV. У., 42 лет, поступила 20/II 1961 г. по поводу узловатого зоба. Считает себя больной с 1943 г. При поступлении жаловалась на периодические головные боли и сердцебиение, повышенную раздражительность. Левая доля щитовидной железы $6,5 \times 4,5 \times 4,5$ см, каменистой плотности; правая — $5,5 \times 4,5 \times 4,5$ см, плотная. 21/II 1961 г. произведена субтотальная резекция щитовидной железы. В центральной, внутренней, верхней, наружной и нижней частях левой доли имеются сформировавшиеся камни, окруженные полупрозрачным веществом. Гистологический диагноз: коллоидно-кистозный узловой зоб с участками гиалиноза и обызвествлением.

V. И., 55 лет. Клинический диагноз: узловатый зоб. Жалуется на потерю аппетита, потливость, мышечную слабость. Левая доля щитовидной железы $6 \times 5 \times 5$ см, каменистой плотности; правая — не увеличена. 27/VII 1961 г. произведена гемиструмэктомия. В глубине доли обнаружена кость $1,5 \times 0,6 \times 0,5$ см, с шероховатой поверхностью, белого цвета. Гистологический диагноз: паренхиматозно-коллоидный зоб с окостенением.

VI. С., 44 лет. Клинический диагноз: узловатый зоб. Больна с 1935 г. Жалуется на одышку и крайнюю раздражительность. Левая доля щитовидной железы $8 \times 6 \times 6$ см, плотная; правая $5,5 \times 5 \times 4,5$ см, плотная. 4/VIII 1961 г. произведена субтотальная резекция щитовидной железы. В глубине левой доли обнаружен бледно-серый овальной формы камень $2 \times 1 \times 1$ см. Гистологический диагноз: коллоидный зоб с обызвествлением.

Судя по второму наблюдению, регресс происходит не только в зобах, но и в одновременно существующих опухолях.

Обызвествление в зобах встречается чаще окостенения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмерова Б. З. Материалы по борьбе со злокачественными опухолями, вып. 7, Уфа, 1955.—2. Казанцев Е. А. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, 1958, 1.—3. Троицкая В. Д. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, 1959, 5.—4. Шубин В. Н. Уч. зап. Пермского университета, 1931, 2—3.

Поступила 8 февраля 1962 г.

МОРФОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У НАСЕЛЕНИЯ ЮГО-ВОСТОЧНОЙ ЧАСТИ ТАССР

Ю. К. Разумовский

Лениногорская горбольница (главврач — Н. Ш. Хасанов). Научный руководитель — доц. Н. Ф. Порываев

Впервые Н. А. Толмачев (1870) сообщил о наличии зоба у населения Мамадышского, Чебоксарского и Козьмодемьянского уездов быв. Казанской губернии.

А. А. Полянцев и А. И. Полянцева (1934) нашли зоб в 22,9% у населения б. Шугуровского района (теперь — Лениногорского). Зобом было поражено 20,7% мужчин и 24,9% женщин.

Нами использованы щитовидные железы у 211 трупов (мужчин — 116, мальчиков — 33, женщин — 47, девочек — 15) коренного населения (или длительно проживающих) Лениногорского, Бугульминского и Азнакаевского районов. Зоб выявлен у 37 мужчин и 20 женщин, то есть пораженность зобом взрослого населения — 34,9%. Повышенный вес щитовидной железы обнаружен у 20 мальчиков и 8 девочек.

У взрослых было 17 диффузных зобов и 40 узловых.

Макроскопически диффузные зобы увеличены (весом более 60,0), с более крупной дольчатостью, чаще мягкой консистенции. На разрезе железы красновато-желтоватые с выраженным фолликулярным строением.