

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, плаксивость. 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 базедозификации 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 узловый зоб с участками гиалиноза и обызвествления.

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 гемиструмаэктомия. 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

Ленинградская 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 — Ленинградского). 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) Ленинградского, 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.

В узловатых зобах число узлов было от 1 до 15, различных размеров (до 7×4) и веса (до 110,0).

Узлы отделены от окружающей ткани или нежной прослойкой из соединительной ткани, или грубыми разрастаниями ее до 0,5 см. Консистенция узлов — или мягкая, или плотная, некоторые обызвестлены. Узлы чаще коллоидного вида, реже — паренхиматозного. Располагаются они больше в правой доле, иногда тотально и реже — только в перешейке.

При гистологическом исследовании 105 щитовидных желез (не зобных) установлено следующее:

Коллоид слабо окрашивался в 32 железах, интенсивно — в 65, неравномерно — в 7 и базофильно — в одной. Слабая вакуолизация была в 62 железах, умеренная — в 37, обильная — в одной и в 5 отсутствовала. Межуточная соединительная ткань была слабо развита в 48 железах, умеренно — в 51, значительно — в 5 и избыточно — в одной.

Строение 17 диффузных зобов коллоидное (микрофолликулярное — в 5 и макрофолликулярное — в 12).

Из 40 узловых зобов 28 — коллоидных, 7 — паренхиматозных и 5 — смешанных. 27 коллоидных зобов макрофолликулярные.

Паренхиматозные зобы в большинстве случаев окружены умеренно выраженной соединительнотканной капсулой, микроскопически состоят из мелких фолликул и тубулей преимущественно без коллоида.

Смешанные коллоидно-паренхиматозные зобы состоят из узлов-очагов микрофолликулярного коллоидного строения и очагов паренхиматозного микрофолликулярного, чаще неколлоидного, тубулярного и трабекулярного характера.

Гистологически из 48 детских щитовидных желез 37 коллоидного, 8 паренхиматозного, 3 смешанного строения.

Коллоидные детские щитовидные железы все микрофолликулярны, коллоид слабо окрашивается. Вакуолизация слабая, иногда отсутствует.

Паренхиматозные детские щитовидные железы состоят из мелких фолликул, тубулей, большей частью без коллоида.

Детские железы со смешанным строением состоят из мелких фолликул с коллоидом и без него.

Зоба у детей не обнаружили, но у 28 (из 48) вес железы был увеличен.

ЛИТЕРАТУРА

1. Милославский В. В. Казанский мед. журн., 1959, 1. — 2. Полянцева А. А. и Полянцева А. И. Казанский мед. журн., 1935, 10. — 3. Поряев Н. Ф. Юбилейный сб. научн. конф. КГМИ, 1960, Казань.

Поступила 11 марта 1961 г.

О РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПИЩЕВОДА

Б. Н. Невский

Государственный научно-исследовательский институт уха, горла и носа
Министерства здравоохранения РСФСР (директор — проф. Н. А. Бобровский)

Как известно, инородные тела пищевода при несвоевременном их распознавании и удалении могут приводить к опасным для жизни осложнениям. Если наилучшим методом удаления является эзофагоскопия, то производство ее с диагностической целью при подозрениях в отношении инородных тел пищевода вместо рентгеновского обследования нецелесообразно. Нецелесообразно начинать с эзофагоскопии в таких случаях не только в силу безразличности для больного этого вмешательства, но и потому, что в большом проценте в таких случаях вместо инородного тела пищевода выявляются лишь оставшиеся после его проглатывания повреждения слизистой оболочки, при лечении которых эзофагоскопия не только бесполезна, но нередко оказывается по существу даже излишней травмой. По данным ряда авторов (Н. Н. Лозанов, 1946; М. С. Михелович, 1958; Schlemmer, 1929), количество таких эзофагоскопий, проведенных без предварительного рентгенологического исследования, колеблется от 30 до 84%. Кроме того, следует иметь в виду, что возможности диагностики инородных тел с помощью эзофагоскопии ограничены, поскольку эзофагоскопической трубкой можно пройти мимо инородного тела, которое, будучи прикрыто отечной слизистой оболочкой, останется в таком случае нераспознанным. Видимо, этими причинами объясняется указание 27-го Всесоюзного съезда хирургов (Москва, 1960 г.), в решениях которого записано: «Никакие мероприятия на пищеводе не должны предприниматься без предварительного рентгенологического исследования пищевода, которое не только полностью ориентирует в наличии инородного тела и уровне его на-