

которая в большинстве случаев изменяется параллельно белку сыворотки и соответствует клинической картине заболевания.

При дерматите Дюринга диспротеинемия менее выражена и протекает на фоне нормального состава белковых фракций.

Динамическое исследование белка сыворотки при пузырьчатых дерматозах может помочь в дифференциальной диагностике пузырьчатки и дерматита Дюринга.

М. Г. Лысая (Казань). Удаление сухих мозолей с помощью бормашины

В 1959 г. П. И. Гедоян (Вестн. дермат. и венер., № 6) предложил удалять сухие мозоли с помощью бормашины. При небольших мозолях выступающая часть отпиливается фиссурным бором, более глубокая разрушается круглым. При больших мозолях верхняя часть удаляется металлическим сепарационным диском, более глубокая разрушается круглым головчатым бором.

Мы несколько видоизменили методику. К краю мозоли мы приставляем вращающийся фиссурный бор, который проникает под глубокую часть мозоли и частично распиливает ее. Отпиленная часть захватывается пинцетом или пальцами, и под контролем зрения этим же бором выщипывается вся мозоль.

При больших мозолях мы удаляем верхний слой металлическим сепарационным диском, а затем действуем фиссурным бором или карборундовой головкой с острыми краями. Круглые боры мы применяем только для удаления точечных мозолей.

В связи с нагреванием боров во время работы мы меняем их каждые 5 минут. В зависимости от числа и размеров мозолей у больного, их удаление продолжается 15—30 мин.

Таким образом, мы удалили мозоли у 30 человек. В течение года у 6 наблюдался рецидив. Каких-либо осложнений не было. При травме нормальной ткани возможно точечное кровотечение.

Канд. мед. наук В. Н. Лепорский (Горький). К характеристике эндемического зоба в Горьковской области

На 22 Всесоюзном съезде хирургов В. С. Левит в своем программном докладе, освещая вопрос о распространении эндемического зоба в Советском Союзе, отметил, что зоб встречается в Нижегородском крае в районе Муром и Коврова. До Великой Октябрьской революции вопросы эндемического зоба в Нижегородской губернии не изучались.

По данным отчетов медицинского департамента (Н. Лежнев, 1904), в Нижегородской губернии было зарегистрировано больных с зобом в 1886 г. 68 чел., в 1892 г.— 114 человек. Других данных опубликовано не было.

К 1936 г. доктором Битным-Шляхто в Городецком районе была взята на учет 1000 человек, имеющих зоб (включая и I категорию швейцарской шкалы).

В 1953—1955 гг. в 200 населенных пунктах Городецкого района, в городе Городец и поселке строителей гидроэлектростанции нами было осмотрено коренного населения 10781. Из мужчин — 3852, а из женщин — 6929 имели увеличение щитовидной железы: I ст.— 3150 чел. (28,8%), II ст.— 2004 (19%), III ст.— 1056 (9,8%), IV и V — 66 (0,6%). Эти цифры подтверждают наличие в Городецком районе эндемического очага зоба, который превосходит по частоте поражения марийский зубный очаг и некоторые очаги Урала.

Среди мужчин имеют увеличение щитовидной железы II—V степени 11,5%, а среди женщин — 38,8%, что соответствует соотношению пораженных зобом полов — 1:3,3 и указывает на среднюю тяжесть зубной эндемии.

По нашим данным, мужчины наиболее поражены зобом в возрасте 11—15 лет, причем наивысшая заболеваемость зобом отмечена в 13-летнем возрасте (26,9%). Среди женщин более поражен возраст от 16 до 30 лет, и в возрастной группе 21—25 лет заболеваемость зобом составляет 52%. В детском возрасте до 12—13 лет заболеваемость зобом лиц мужского и женского пола приблизительно одинакова. С 14 лет заболеваемость зобом у мужчин начинает уменьшаться, а у женщин частота поражения зобом возрастает до 25 лет и в дальнейшем держится на довольно высоких цифрах.

При осмотре 101 новорожденного у 19 имелось увеличение щитовидной железы I ст. В 1954 г. наблюдался случай истинного врожденного зоба.

Из 867 приезжих лиц с увеличением щитовидной железы I ст. было выявлено 270 (31,2%), II ст.— 84 (9,6%) и III ст.— 11 (1,4%). Среди приезжих мужчин наибольшая заболеваемость зобом отмечена в возрасте 10—15 лет, с возрастом заболеваемость резко падает, и уже у лиц мужского пола старше 20 лет зоб встречается в единичных случаях. Среди приезжих женщин наиболее поражены эндемическим зобом лица от 16 до 40 лет.

Заболеваемость эндемическим зобом у приезжих лиц наблюдается уже в первый год их жизни в эндемическом очаге, но в легкой форме. Из 155 человек, проживающих в Городецком районе до 1 года, имели увеличение щитовидной железы I ст. 40

(25,7%), II ст.— 15 (9,7%) и III ст.— 1 чел. (0,6%). Более высока пораженность зубом среди проживающих в Городецком районе от 1 до 3 лет (II ст.— 11,8%, III ст.— 1,3%). Лица, проживающие в Городецком районе свыше 3 лет, заболевают зубом почти так же часто, как и прожившие от 1 до 3 лет. Последнее свидетельствует о том, что зуб среди приезжего населения начинает развиваться уже с первого года жизни в эндемической местности, и вероятность заболеть зубом среди приезжих наибольшая в первые три года жизни в данной местности.

Из форм зоба чаще встречалась разлитая — 52,4%, узловые формы отмечены в 27,6% и смешанные — в 20%. По консистенции чаще встречался эластичный зуб (72,7%), мягкий — в 15,8% и плотный — в 11,5%. В Городецком районе наиболее часто равномерное поражение зобом долей щитовидной железы. На втором месте по частоте поражения находится правая доля, на третьем — перешеек. Довольно часто поражены правая доля и перешеек одновременно. Поражение одной левой доли железы наблюдалось редко. У 7 больных зуб был расположен загрудинно, и у 1 больного был зуб добавочной щитовидной железы (подязычный).

Характер эндемического зоба в Городецком районе эутиреоидный, но с наклоном к гипертиреозу. Выраженные симптомы гипертиреоза были отмечены лишь в 4,3%.

По гистологическому строению в Городецком районе преобладает микрофолликулярный и смешанный коллоидный зуб. Из 44 щитовидных желез, изученных после оперативного удаления зоба (хирург А. Х. Рюриков), в 33 зоб имел коллоидное строение, макрофолликулярное и макро-микрофолликулярное — 24, микрофолликулярное — 9. Паренхиматозные формы зоба наблюдались у 7 больных, и у 4 микроскопическое строение зоба имело смешанную паренхиматозно-коллоидную форму. В паренхиматозных формах и смешанных паренхиматозно-коллоидных преобладало тубулярное строение (9 больных), трабекулярное строение зоба встретилось лишь у двух. Явления пролиферации фолликулярного эпителия не характерны для городского зоба и наблюдались лишь у 4 больных. Из вторичных патологических изменений характерны: разрастание соединительной ткани, ее гиалиноз и частичная атрофия фолликулов.

При выяснении этиологического фактора эндемии зоба в Городецком районе установлено, что вода в питьевых источниках имеет пониженное содержание йода — от 1,341 на 1 литр до 0,981. После проведенной нами работы с 1957—58 гг. в районе введена всеобщая йодная профилактика путем снабжения населения йодированной солью.

Канд. мед. наук **З. В. Крюкова** (Донецк). Об изменениях периферической крови при **спорадическом сыпном тифе**

Под нашим наблюдением за ряд лет находились больные спорадическим сыпным тифом, у которых в динамике не менее 3 раз исследовались количество эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарная формула, РОЭ и баночная проба Вальдмана. Диагноз у всех был подтвержден положительной реакцией агглютинации с риккетсиями Провачека или связыванием комплемента с антигеном из риккетсий Провачека в титрах 1:40 — 1:1280.

Легкая форма болезни была у 27,1%, средне-тяжелая — у 61,7% и тяжелая — лишь у 11,2%. Возраст больных был от 20 до 70 лет.

Лейкоцитоз был выражен у 52% больных. На высоте лихорадки у 78% больных определяется дегенеративный палочкоядерный сдвиг. Юные формы обнаруживаются крайне редко, миелоциты отсутствуют.

Моноцитоз обнаружен у 60% больных, анэозинофилия — у 68%. Эозинофилы появляются в период снижения лихорадки.

Тромбопения выражена у 90% больных и имеет несомненное диагностическое значение. В период реконвалесценции количество тромбоцитов нормальное или же имеется умеренный тромбоцитоз.

У 95% больных в периферической крови имелись клетки Тюрка, которые обнаруживаются и в период реконвалесценции.

Асс. Д. К. Баширова (Казань). О формах полиомиелита у привитых убитой вакциной (по материалам 1-й инфекционной больницы Казани за 1958—59 гг.)

Среди наших больных полиомиелитом было 42 привитых, из них однократно — 11, двукратно — 25, трехкратно — 6. Непривитых больных было 68. Возраст — от 9 мес. до 7 лет. Больные лечились комплексно симптоматическими средствами, лечебной гимнастикой, массажем, парафиновыми аппликациями и другими видами физиотерапии.

Основной клинической формой у привитых был спинальный полиомиелит (у 25 из 42), у непривитых — у 48 из 68.

В клинике острого периода у привитых выявлено некоторое преобладание неврологических симптомов, связанных с раздражением мозговых оболочек и корешков спинного мозга.