

(25,7%), II ст.—15 (9,7%) и III ст.—1 чел. (0,6%). Более высока пораженность зобом 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 зобом почти так же часто, как и прожившие от 1 до 3 лет. Последнее свидетельствует о том, что зоб среди приезжего населения начинает развиваться уже с первого года жизни в эндемической местности, и вероятность заболеть зобом 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 зоб (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 зоб был расположен загрудинно, и у 1 больного был зоб добавочной щитовидной железы (подъязычный).

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

По гистологическому строению в Городецком районе преобладает микрофолликулярный и смешанный коллоидный зоб. 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 городецкого 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 риккетсиами 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.