

615.4

Г-707

Ф
Д
Х

ПРОФ.
О. К. ГОРЧАКОВ

ЗОБ
ЙОГО
ПРОФІЛАКТИКА
ТА ЛІКУВАННЯ

Держмедвидав
УРСР

100

2
616
Г-71
Проф. О. К. ГОРЧАКОВ

616.4

Г-707

616.4

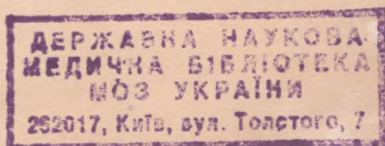
Г-707

557.959

ЗОБ,
ЙОГО ПРОФІЛАКТИКА
ТА ЛІКУВАННЯ



ДЕРЖАВНЕ
МЕДИЧНЕ ВИДАВНИЦТВО УРСР
КИЇВ — 1952



626.44

Автор в популярній формі висвітлює основні питання виникнення, профілактики та лікування зоба.

Брошура розрахована на масового читача; видається вдруге.



Вступ

Зобом, або, більш правильно, зобною хворобою називається захворювання всього організму, при якому основним симптомом є збільшення щитовидної залози. Це збільшення може досягати найрізноманітніших розмірів. При цьому відбувається збільшення її тканини або, як кажуть, гіперплазія щитовидної залози. Збільшується або вся щитовидна залоза або в її тканині з'являються окремі вузли. При зобі порушується її діяльність у бік збільшення або зменшення, при цьому уражуються інші функції організму. Зміна функцій як щитовидної залози, так і інших функцій організму, може виявлятися в різних формах. Підсилення функції щитовидної залози може призвести до так званої Базедової хвороби. А зменшення функції цієї залози іноді веде до тяжкого захворювання — мікседеми, при якій функції організму знижені, або ж — до психічного та фізичного недорозвитку всього організму, до кретинізму.

Зоб дуже поширений в різних країнах Європи, Америки й Азії. В цих країнах зустрічаються місцевості, де зобом уражена значна більшість населення. Ці форми зоба мають назву ендемічного зоба. Зоб зустрічається також по всьому світу у вигляді окремих випадків захворювання. Це — спорадичні форми зоба. Іноді, правда, дуже рідко, при скупченні великих мас населення і при недодержанні санітарно-гігієнічних умов, у цілком здорових людей з'являється раптове масове збільшення щитовидної залози. Такі форми цього захворювання мають назву епідемічного зоба.

Найбільш важливою з усіх цих форм є ендемічна форма зоба, коли уражується велика маса людей у певній місцевості. У Швейцарії, в деяких місцях Німеччини, США, Китаю ендемічним зобом уражено 20 — 60% насе-

лення. Ендемічний зоб частіше зустрічається у високогірних областях, рідше в передгір'ях і ще рідше на рівнинах. В СРСР вогнища ураження ендемічним зобом є на Уралі, в Сибіру, на Кавказі, Забайкаллі та в Білорусії.

В Українській РСР вогнища ендемічного зоба спостерігаються в недавно возз'єднаних з Радянською Україною західних областях. Буржуазно-поміщицькі режими не звертали уваги на це захворювання і не вживали ніяких профілактичних заходів по боротьбі з ним. Царський уряд не вживав ніяких заходів для боротьби з зобом. Більше того, не було навіть правильного обліку цього захворювання.

В наші дні, завдяки постійному піклуванню комуністичної партії і Радянського уряду, взяті на облік усі вогнища ендемічного зобу і здійснюються широкі профілактичні заходи по боротьбі з цим захворюванням. В результаті цих заходів в деяких місцях зоб майже повністю ліквідований.

Як ми вже зазначали, захворювання ендемічним зобом на Україні зустрічається лише в західних областях та в Закарпатті. В результаті того, що після возз'єднання в цих областях почали здійснюватися масові профілактичні заходи, захворюваність зобом знизилась більше, як на 50%.

Історія

Захворювання зобом відоме за багато століть до нашої ери. Вказівку про це ми знаходимо ще в роботах стародавнього лікаря Гіппократа. Крім цього, за два століття до нашої ери це захворювання згадується Вітрувієм і Ювеналом. Більше того, деякі автори вважають, що грецькі лікарі вже розбиралися в діагностиці зоба, відрізняючи його від опухів лімфатичних залоз. Є також деякі вказівки на те, що стародавні лікарі вже догадувалися про причини виникнення зоба і пов'язували його появу з питною водою. Пліній в II віці, в своєму енциклопедичному творі вживає термін «зобні колодязі»; це свідчить про те, що в ті далекі часи займалися вивченням причин зоба. В цей же час (I — II вік) Авла Корнелій Цельс робив операції з приводу зоба, правда, ще дуже примітивні. Він пропалював шкіру разом з капсулою, а потім видавлював вміст зоба. Роланд у XIII віці пропалював розпеченим залізом збільшену залозу, потім про-

таскував по утворених каналах волосяні нитки, перетягував ними основу і туго на ній зав'язував їх.

До XVI століття, тобто до розвитку анатомії і відкриття в тому ж столітті кровообігу Гарвеєм, вивчення всіх медичних проблем, в тому числі і зоба, майже зовсім не просувалося вперед. Лише після розвитку в XVI віці анатомії і відкриття кровообігу стало можливим глибше вивчити зоб. В цей період зоб був описаний швейцарським лікарем Парацельсом.

В дореволюційній Росії вивченню проблем зоба приділялося мало уваги. Проте деякі лікарі цікавилися цим питанням. До них належать Лежнев, Кандарацький, Шалигін та ін. Вони наводили деякі статистичні дані, і хоч ці дані були вибірковими, по них можна було робити висновки про значне поширення зоба. За даними Лежнева, при обслідуванні одного лише Бимовського заводу на Уралі було виявлено 902 хворих з різко виявленим зобом. А звіти медичного департаменту Міністерства внутрішніх справ давали різко занижені цифри. Це було ще одним свідченням байдужості царських чиновників до організації боротьби з зобом, до питань охорони здоров'я населення.

Перша операція з приводу зоба в Росії, за наявними у нас даними, була зроблена основоположником російської хірургії М. І. Пироговим в 1847 році. В наступні роки питання вивчення зоба, його профілактика та лікування, зокрема, хірургічне лікування, майже не дістали розвитку.

І тільки після Великої Жовтневої соціалістичної революції, коли піклування про людину стало державною справою і коли охорона здоров'я стала народною, було організовано масове вивчення ендемічних зобних районів. Тепер в нашій країні почалося здійснення масових профілактичних заходів по боротьбі з зобом.

Ці заходи дали значні результати. Нині в деяких місцях, де ендемічний зоб був поширений, це захворювання цілком ліквідоване, а в інших місцях воно різко знизилось.

В Українській Радянській Соціалістичній Республіці проводиться організована боротьба з ендемічним зобом, якою керує Міністерство охорони здоров'я. Організовано спеціальну сітку лікувальних установ—Ендокринологічний інститут, протизобні диспансери і протизобні кабінети.

ти, які разом з усіма іншими медичними установами здійснюють профілактичні й лікувальні заходи по боротьбі з зобом. Поряд з цим, провадиться велика робота, по поліпшенню санітарно-гігієнічних і матеріально-побутових умов життя населення. Результати цієї великої роботи вже зараз яскраво видні.

Анатомія і функція щитовидної залози

Як ми зазначали, зобом або зобною хворобою називається захворювання всього організму, при якому основним симптомом є збільшення щитовидної залози.

Щитовидна залоза розташована на передній поверхні ший під шкірою і м'язами. Вона складається з двох бокових часток і перешийка, що їх з'єднує. Щитовидна залоза має вигляд підкови й охоплює передню та бокову поверхні трахеї (рис. 1). Таке розташування щитовидної залози приводить до того, що внутрішня її поверхня ввігнута, а зовнішня опукла. Вага нормальної щитовидної залози у дорослої людини — від 20 до 30 г. Досить часто зустрічається додаткова четверта частка щитовидної залози у вигляді так званого пірамідального відростка. Крім цього, правда, значно рідше, зустрічаються ще й інші додаткові щитовидні залози, як правило, не зв'язані з основною тканиною щитовидної залози, але які так само можуть хворобливо змінюватися, зокрема, у вигляді зоба, як і нормальна щитовидна залоза.

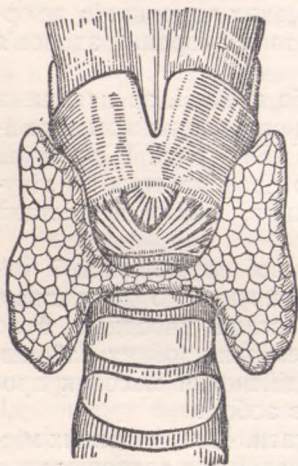


Рис. 1. Схема розташування щитовидної залози.

За останній рік мені довелося три рази бачити і оперувати зобно-змінені додаткові щитовидні залози. В одному випадку водночас з ураженням зобом додаткових щитовидних залоз була уражена зобом і основна щитовидна залоза. В інших двох випадках основна щитовидна залоза була нормальною, і зобні зміни мали місце лише в додаткових щитовидних залозах (див. схему щитовидної залози).

Щитовидна залоза одержує кров у значній кількості через дві верхніх і дві нижніх щитовидні артерії, що є основними, а також через багато додаткових дрібних артерій. Образно кажучи, щитовидна залоза, хоч вона і дуже незначна за своїм розміром (20 — 30 г), одержує крові в сім разів більше, ніж нирка, через неї проходить крові в 30 разів більше, ніж через голову і в 100 разів більше, ніж через усю ногу людини.

Іннервується щитовидна залоза симпатичними і блукаючими нервами; це приводить до того, що її зв'язок з усією нервовою системою дуже інтимний. Складається щитовидна залоза з окремих дрібних пухирців — фолікул, які, з'єднуючись, утворюють часточки залози. Порожнини пухирців — фолікул заповнені особливою речовиною досить густої консистенції, яка називається колоїдом і в якій є активні речовини щитовидної залози, так звані гормони.

Гормоном щитовидної залози є тироксин, а основною речовиною тироксину є йод. Щитовидна залоза не має спеціальних вивідних протоків, і її гормон не виділяється назовні, а з неї по лімфатичних шляхах іде прямо в загальну кровотечію, через що щитовидна залоза і називається залозою внутрішньої секреції.

Гормон, або секрет щитовидної залози, є дуже важливим для організму. Він через нервову систему і, зокрема, через кору головного мозку регулює хімічні процеси обміну речовин в організмі і впливає на функцію нервової системи. Тут же необхідно сказати, що вся функція щитовидної залози перебуває під контролем центральної нервової системи — кори головного мозку.

Зміна діяльності щитовидної залози в бік зменшення призводить до зниження всіх життєвих функцій організму: до зниження газового обміну, до порушення функцій нервової системи в бік її зниження, до затримки росту, окостеніння і в тяжких випадках — до порушення психіки і до кретинізму. Збільшення функцій призводить до зворотних явищ, а саме: до різкого підвищення основного обміну, тобто до підвищення вбирання кисню, до різкої збудливості нервової системи; інакше кажучи, відбувається більш швидке згоряння організму. Підвищення функції щитовидної залози називається гіпертиреозом; іноді воно призводить до Базедової хвороби.

Необхідно відзначити, що щитовидна залоза, як і кожний інший орган, не є в організмі якимсь ізольова-

ним утворенням. Вона зв'язана, і дуже тісно, з усіма іншими залозами внутрішньої секреції і з нервовою системою; підпорядковуючись останній, вона в той же час сама впливає на нервову систему.

Все це спричиняється до того, що при захворюванні щитовидної залози, як правило, захворює весь організм, тобто при захворюванні щитовидної залози необхідно лікувати весь організм — всю людину.

Щитовидна залоза починає розвиватися на третьому тижні розвитку людського зародка, і вже на п'ятому місяці ембріонального життя відбувається утворення фолікул і починається секреція, тобто виділення нею продукowanego гормону.

Причини виникнення зоба

Вивченню причин виникнення зоба присвячено дуже багато робіт, в яких було висунуто найрізноманітніші теорії. Однією з теорій, яка довгий час визнавалась як така, що розкриває причину виникнення зоба, була інфекційно-токсична теорія. Але вивчення причин зоба в останні роки відкидає цю специфічну інфекційно-токсичну теорію.

Нині слід вважати, що найбільш заслуговує уваги теорія, яка пояснює захворювання зобом йодною недостатністю. В результаті досліджень, проведених комплексними експедиціями в СРСР і, зокрема, в УРСР, встановлено, що в місцях ураження ендемічним зобом є значна недостатність йоду в продуктах, у воді, в ґрунті і в атмосферному повітрі цих місцевостей. Більше того, у тварин в цих місцевостях так само виявляється збільшення щитовидної залози. Зменшення вмісту йоду в ґрунті, у воді, в атмосфері і в продуктах цілком природно призводить до зменшення споживання йоду організмом, що спричиняється до порушення йодного балансу в організмі і веде до розвитку зоба.

Нормально доросла людина протягом доби повинна одержувати 100 — 200 гамм йоду (одна гамма дорівнює 0,001 мг). В місцях, уражених ендемічним зобом, кількість йоду, одержувана населенням, різко знижується. Вважають, що це зниження доходить до граничних цифр. Неодержання організмом достатньої кількості йоду викликає зміни у щитовидній залозі, що виявляється в появі зоба і призводить до порушень в усьому організмі.

Крім йодної недостатності, не можна не зважати на те, що велику роль у появі зоба відіграють погані загальні санітарно-гігієнічні умови життя: скученість жител, недостатнє водопостачання тощо, що є характерним для капіталістичних країн.

Застосування профілактичних заходів в СРСР, а саме: поліпшення санітарно-гігієнічних умов життя населення в місцях ендемічного ураження зобом з одночасним проведенням масової йодної профілактики, як ми вже зазначали, привело в деяких місцевостях до цілковитої ліквідації зоба, а в ряді місць, де ці заходи почали здійснюватися в пізніший час, як наприклад, в західних областях УРСР, захворюваність різко знизилась.

На підставі цього вважаємо, що теорія йодної недостатності є основною. Проте ліквідацію йодної недостатності слід провадити одночасно з покращанням санітарно-гігієнічних умов.

Інфекційно-токсична теорія, що пояснює виникнення зоба проникненням в організм якоїсь специфічної інфекції — мікроба, досі не знайшла підтвердження.

Говорячи про причини виникнення зоба в зв'язку з тими чи іншими факторами, ніколи не можна проходити повз саму людину — її організм. Стан організму, стан його опірності до різних зовнішніх факторів та пристосованості до тих чи інших умов відіграє вирішальну роль. Тому різні організми в тій самій місцевості по-різному реагують на навколишні фактори. Це зобов'язує нас зважати на цей момент і при запровадженні заходів по боротьбі з зобом завжди намагатися підвищити загальну опірність організму.

У щитовидній залозі при захворюванні зобом спостерігаються функціональні і патологоанатомічні зміни. Цих змін можуть зазнавати різні складові частини залози, а саме: власна тканина залози — паренхіма, судинна тканина, сполучна тканина і колоїд. Залежно від змін тієї чи іншої складової частини залози, ми розрізняємо різні форми зоба: зоб паренхіматозний, зоб судинний, зоб колоїдний, зоб сполучнотканинний або зоб змішаний. Крім цього, прийнято поділяти зоб на дві форми: на зоби розлиті або дифузні і на зоби вузлуваті або нодозні. При дифузних зобах відбувається рівномірне збільшення всієї щитовидної залози. При зобах вузлуватих або нодозних відбувається утворення окремих вузлів в тих чи інших

ділянках тканини щитовидної залози. При ендемічних формах зоба має місце ураження всієї тканини щитовидної залози, тобто дифузна форма зоба, або ж спостерігається вузлувата чи нодозна форма зоба.

Картина зоба

Зоб зустрічається в різному віці. Відмічають випадки зоба навіть у новонароджених. Найбільша захворюваність зобом припадає на вік 10—15 років. Частіше захворюють зобом жінки і рідше — чоловіки. Більш часте захворювання зобом жінок пояснюється тим, що щитовидна залоза тісно зв'язана з жіночими статевими залозами; тому зміни, які відбуваються в жіночих статевих залозах при менструальному циклі, при вагітності, при клімактерії, а також при різних захворюваннях, спричиняються до порушення опірності всього організму, що впливає на стан щитовидної залози. Стара думка про те, що зоб передається в спадщину, не має під собою ніякого ґрунту. Ми часто зустрічаємось з фактами, коли у матері, ураженої зобом, народжуються діти без будь-якого ураження щитовидної залози. Найімовірніше, захворювання зобом є результатом впливу зовнішніх факторів на організм.

Клінічний вияв зоба буває досить виразний. Здебільшого хворий не помічає потовщення шиї і появи зоба, його увагу на це звертають сторонні особи. При зобі на передній поверхні шиї з'являються або поодинокі вузли — при вузлуватих формах зоба, або збільшується вся передня чи бокова поверхня шиї — при дифузних — розлитих формах зоба (рис. 2).

Вузли, що з'являються на передній поверхні шиї при вузлуватих формах зоба, можуть бути як множинні, так і поодинокі; найчастіше зустрічаються поодинокі форми вузлуватого зоба. Форми вузлів бувають різноманітні (рис. 3 і 4). Розміри зоба так само коливаються в дуже широких масштабах.

Для визначення зоба за розмірами, тобто за ступенем його вияву, прийнято таку класифікацію:

0 — щитовидна залоза не промацується, тобто щитовидна залоза є нормальною.

I — щитовидна залоза при огляді виразно не видна, але при обмацуванні визначається її перешийок і слабо промацуються бокові частки.

II — щитовидна залоза легко промацується, але контури шії ще майже не змінені, і залоза помітна на око лише при ковтанні.

III — збільшення щитовидної залози помітне не лише при ковтанні, але й помітна зміна контурів шії — «товста шия».

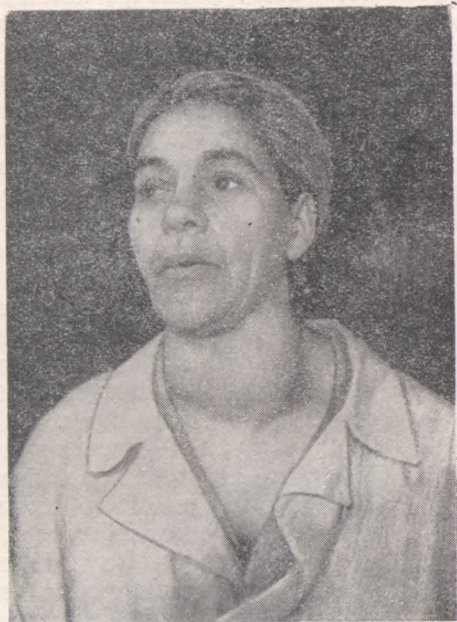


Рис. 2. Дифузна розлита форма зоба (власні спостереження).

IV — виразно виявлений зоб, який різко змінює конфігурацію шії.

V — зоб великих розмірів, як правило, здебільшого вузлуватий.

При п'ятому ступені зоб може досягати дуже значних розмірів; трапляються випадки, коли зоб спускається на передню поверхню грудей. Іноді вузли, розташовані в нижніх відділах бокових часток, уходять за грудину і тривалий час не визначаються як носії зоба. При обслідуванні хворого зобом звичайним методом пальпації, тобто обмацуванням, вдається легко визначити дане захворювання.

Як було зазначено у вищенаведеній класифікації, нормальна щитовидна залоза, як правило, не тільки не видна, але навіть не промацується. Тому будь-яке збільшення щитовидної залози, що виявляється або при огляді, або навіть при уважній пальпації, повинне навести на думку про наявність зоба. Водночас необхідно вказати, що є випадки нормального фізіологічного стану організму, коли відбувається збільшення щитовидної залози. Таке збільшення не є зобом. З цим фізіологічним збільшенням щитовидної залози ми зустрічаємось часто у дівчат перед початком менструації та у вагітних жінок. В цих випадках після початку менструації або після родів у вагітних щитовидна залоза, як правило, зменшується і повертається до своїх нормальних розмірів. В рідких випадках це фізіологічне збільшення щитовидної залози лишається стійким, і його доводиться вважати зобним захворюванням.



Рис. 3. Вузливата форма зоба (власні спостереження).

При звертанні хворого зобом до лікаря необхідно, щоб лікар оглянув хворого, звернувши увагу при цьому на збільшення передньої поверхні шиї і на наявність окремих вузлів. Крім цього, оскільки щитовидна залоза тісно зв'язана з трахеєю та гортанню, хворому треба запропонувати ковтати. Якщо збільшення на ділянці шиї стосується до щитовидної залози, то воно зміщується вгору і вниз

одночасно з ковтальними рухами. Крім того, анатомічно щитовидна залоза розташована під передніми м'язами шиї, через що при їх напруженні вип'ячування повинне різко зменшуватися. Для цього необхідно примусити хворого привести голову до грудей, і в цей самий

час робити зворотний рух рукою за підборіддя. Збільшення, що стосується до щитовидної залози, при цьому або зовсім зникає або різко зменшується. Після цього провадять дослідження за допомогою обмацування — пальпації. При цьому методі визначаються як розміри щитовидної залози, так і характер її ураження, тобто —



Рис. 4. Вузливата форма зоба
(власні спостереження).

чи збільшена вся щитовидна залоза, чи є окремі ділянки ураження у вигляді вузлів, чи має місце так звана змішана форма зоба, коли на фоні усєї збільшеної щитовидної залози визначаються ще й окремі вузли. Крім цього, за допомогою обмацування визначають консистенцію щитовидної залози. Після місцевого обслідування шії необхідно зробити обслідування всього хворого для того, щоб з'ясувати, чи не порушується при зобі функція щитовидної залози. Якщо ця функція порушена, то в який бік: в бік збільшення або в бік зменшення? Необхідно

також дослідити інші функції організму: серцево-судинну, дихальну, функцію печінки тощо, бо, як ми вже зазначали, зоб є не місцевим захворюванням, а захворюванням усього організму.

Крім загальних явищ порушення функцій організму внаслідок захворювання зобом, саме збільшення щитовидної залози може призвести до різких порушень.

Так, збільшення щитовидної залози може спричинитися до стиснення дихальних шляхів, що порушить дихання, утруднить його; може викликати стиснення стравоходу, внаслідок чого порушиться ковтання. Воно іноді супроводжується тиском на судини, які проходять на ділянці шиї. Це порушує кровопостачання голови і мозку, утворюючи дуже часто застійні явища, які пізніше дають більш тяжкі мозкові порушення. Іноді збільшення щитовидної залози викликає тиск на нерви, при цьому найчастіше відбувається порушення голосу, і з'являється осиплість. Крім цих ускладнень, які є наслідком механічного діяння зоба на сусідні органи і тканини і тому змушують хворого звернути на них увагу, бувають і такі, що довгий час не виявляються. Так, тривалий тиск вузлуватих форм на хрящі трахеї може дати стійкі зміни в хрящі трахеї, які довго не дають про себе знати, але потім призводять до тяжких ускладнень.

Крім цього, в самій зобно-змінений щитовидній залозі можуть виникати запальні процеси, які супроводжуються різким болем на ділянці передньої поверхні шиї і підвищенням температури. Ще гірше, коли в зобно-змінений щитовидній залозі починається злоякісне ракове переродження. Найчастіше злоякісні переродження бувають при вузлуватих формах зоба і значно рідше—при розлитих—дифузних формах його.

Зоб взагалі та ендемічні форми його, зокрема, проходять здебільшого без порушення функцій щитовидної залози, і тільки місцеві симптоми, а іноді тільки косметичний дефект, змушують хворих звертатися за медичною допомогою. В деякому невеликому проценті випадків при зобі відбувається порушення функцій щитовидної залози в бік її підсилення, що призводить до гіпертиреозу або Базедової хвороби, або в бік зменшення, що веде до гіпотиреозу з усіма наслідками, які звідси випливають.

Як ми зазначали, збільшення функцій щитовидної залози призводить до гіпертиреозу і до так званої Базедо-

вої хвороби (рис. 5 і 6). Найбільш раннім симптомом — проявом Базедової хвороби є порушення серцево-судинної системи. Різко прискорюється пульс, доходячи до 140—160 ударів на хвилину, з'являється серцебиття, що непокоїть хворого, задишка, різка збудливість, схуднення, поноси чергуються з запорами, різка пітливість, дри-



Рис. 5. Початкова форма Базедової хвороби (власні спостереження).

жання рук, розширення очних щілин і вип'ячування очних яблук, що має назву витрішкуватості, і багато інших симптомів. При цьому стан хворого різко погіршується, знижується працездатність, і хвороба швидко прогресує, якщо хворий не звертається за лікарською допомогою.

При зниженні функцій щитовидної залози відбувається різке зниження всіх фізіологічних та психічних функцій організму, з'являється слизовий набряк підшкірної

клітковини, сповільнення серцевої діяльності, постійне відчуття холоду, збільшення ваги тіла, сонливість, сплячка, неповороткість, незграбність, повільність мислення, байдужість до всього навколишнього, старечий вигляд у молодих, тобто — мікседема. Як правило, це захворюю-

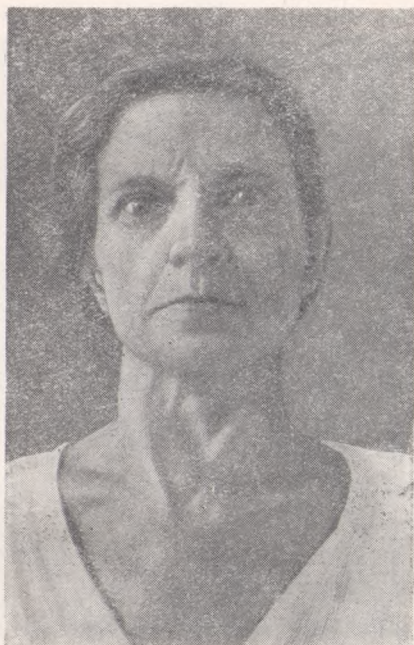


Рис. 6. Яскраво виявлена форма
Базедової хвороби (власні спостереження).

вання розвивається повільно й поступово, і початкові його ступені часто непомітні як для самого хворого, так і для оточуючих. При відсутності лікування поступово розвивається недокрів'я, настає загальне виснаження — кахексія, і хворі часто гинуть від різних інфекцій, у зв'язку з різким зниженням опірності організму. При правильному лікуванні швидко настає стійке поліпшення.

При ендемічних формах зоба зустрічаються випадки, коли функція щитовидної залози різко знижена. Це при-

зводить до того, що настає повний фізичний і психічний недорозвиток, тобто кретинізм. Кретинізм зустрічається лише в тих випадках, коли з дитинства є повний недорозвиток або навіть відсутність щитовидної залози. Наслідком цього є затримка росту, сповільнене окостеніння, кволість м'язів, незграбне тіло, хода перевальцем, затримка розвитку органів кровообігу, нервової системи, органів чуттів і зниження психіки (кретинічне слабумство).

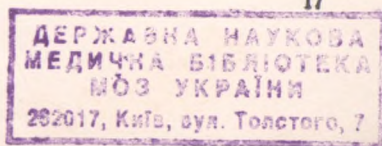
Необхідність правильного й детального обслідування хворого зобом цілком зрозуміла, бо залежно від тих чи інших форм зоба, величини його, зміни тих чи інших функцій організму, може бути намічене правильне лікування, яке веде до видужання хворого.

Чим раніше хворий зобом звертається за лікарською допомогою, тим кращі результати лікування і тим швидше настає видужання.

Лікування

Після обслідування хворого і встановлення діагнозу необхідно намітити правильні шляхи лікування. Треба добитися такого положення, щоб хворі зобом якомога раніше зверталися за медичною допомогою в амбулаторію, в поліклініку або в лікарню. Крім цього, необхідно все організоване дитяче і доросле населення, особливо в місцях ендемічного зоба, періодично оглядати і хворих зобом своєчасно направляти на лікування на самому початку захворювання. При всіх захворюваннях, в тому числі і при зобі, велике значення має давність процесу. Тому, чим раніше хворий звертається за лікарською допомогою, тим більш повноцінно проходить його лікування і тим кращі при цьому результати. Не можна дивитись на зоб, як на легке захворювання, на якому можна не концентрувати своєї уваги, а тому, мовляв, можна і не звертатися до лікаря. Усі хворі зобом повинні перебувати під постійним доглядом лікаря і повинні бути диспансеризовані наявними в нашій системі охорони здоров'я спеціальними лікувальними установами: протизобними диспансерами і протизобними кабінетами.

Кожний лікар, який зустрічається з хворим зобом, повинен направляти таких хворих у спеціалізовані лікарські установи.



При наміченні шляхів лікування зоба необхідно врахувати всі дані. Консервативному лікуванню малими дозами йоду дуже добре піддаються початкові форми дифузного зоба, хоч і в більш запущених випадках вдається досить часто при дифузних формах зоба провести консервативне лікування з позитивними результатами. Йодисте лікування необхідно провадити під постійним контролем лікаря, бо безконтрольне застосування йодистих препаратів може привести до протилежних явищ, тобто до погіршення стану хворого. Крім йодистих препаратів, при лікуванні зоба доводиться вживати різні інші медикаментозні засоби і гормональні речовини.

При наявності ускладнень або по інших показаннях, як наприклад, при неефективності консервативного лікування, лікар повинен направити хворого для радикального оперативного втручання.

Нині працями радянських учених чудово розроблена техніка оперативного втручання при захворюваннях щитовидної залози і, зокрема, при розлитих формах зоба. Оперативне втручання при нинішній техніці зовсім неболюче і безпечне для життя хворого. Як правило, операції при зобі за останні роки не дають ніяких ускладнень.

Після проведеного оперативного втручання хворий повинен і надалі перебувати під постійним доглядом спеціалізованих лікувальних установ, особливо в місцевостях з ендемічним зобом, щоб запобігти повторенню або, як кажуть, рецидиву захворювання. Наявна сітка протизобних лікувальних установ дає можливість повністю здійснити це завдання.

Профілактика зоба

Уся система радянської охорони здоров'я побудована на профілактиці, тобто на запобіганні захворюванню. Це положення особливо яскраво виявляється в боротьбі з зобом. Як ми вже говорили, оскільки зоб був масовим захворюванням в західних областях України до возз'єднання, запровадження профілактичних заходів по боротьбі з ним в цих областях є найбільш дієвим заходом. Як ми зазначали у вступі, здійснювані урядом і органами охорони здоров'я профілактичні заходи дали вже значні позитивні наслідки.

Профілактика в ендемічних районах поширення зоба повинна йти в основному двома шляхами: по шляху по-

ліпшення соціально-побутових, санітарно-гігієнічних умов і особистої гігієни та по шляху специфічної протизобної йодної профілактики в державному масштабі. Ці два шляхи профілактики можливі і по-справжньому здійснюються лише в нашій соціалістичній державі. Загальні широкі оздоровчі заходи, поліпшення соціально-побутових і санітарно-гігієнічних умов, підвищення матеріального добробуту трудящих — все це сприяє успішній боротьбі з зобом. Масове збудування нових жител, постійний контроль і поліпшення водопостачання, а також більша увага до особистої гігієни — все це дало позитивні результати.

Щодо специфічної протизобної йодної профілактики, то тут необхідно всі зусилля спрямувати на те, щоб організм щоденно одержував достатню кількість йоду. Найпростішим методом введення йоду в організм є споживання населенням йодованої кухонної солі. Йодована сіль виготовляється на сольових заводах додаванням до одної тонни солі десяти грамів йодистого калію. Доросла людина щоденно в середньому споживає десять грамів кухонної солі. Таким чином, при споживанні йодованої солі вона щоденно з цією сіллю одержує сто гамм йоду, тобто середню добову кількість йоду, необхідну для нормальної функції всього організму. Споживання йодованої солі особливо важливе для осіб цілком здорових, які перебувають в районі ендемічного зоба. Дуже добре впливає споживання йодованої солі на дітей.

Приймання йодованої солі необхідно провадити систематично на протязі всього перебування в районах ендемічного ураження зобом. Для цього потрібно, щоб уся кухонна сіль, що надходить в райони ендемічного зоба, була йодована.

Обов'язок наших санітарних організацій керуватися цією постановою уряду й суворо стежити за її виконанням на місцях.

Поряд з масовою профілактикою у вигляді йодованої кухонної солі, так званою «німою» профілактикою, користуються ще для профілактики йодними таблетками (антиструмін). Кожна таблетка (антиструміну) містить в собі 0,001 йодистого калію. Ці таблетки слід зберігати в холоднуватому місці і бажано в темних банках.

Профілактика йодними таблетками (антиструміном) провадиться таким способом: таблетки приймають з про-

філактичною метою один раз на тиждень. Дітям ясельного й дошкільного віку до 8 років дають один раз на тиждень по півтаблетки, дітям шкільного віку понад 8 років і дорослим дають один раз на тиждень по одній таблетці. Таблетки повинен видавати медичний персонал, а в школах вчителі й вихователі.

В разі відсутності таблеток йодну профілактику можна провадити розчином йодистого калію. Готується цей розчин з розрахунку 0,1 г йодистого калію на 1 л води і дається дітям шкільного віку і дорослим один раз на тиждень по 2 чайних ложки. Так само, як і таблетки йодистого калію, розчин йодистого калію треба зберігати в посудині з темного скла. Дітям дошкільного віку необхідно давати цей розчин по одній чайній ложці один раз на тиждень. В закритих дитячих установах, в яслах, в дитячих будинках розчин йодистого калію можна давати з метою профілактики з їжею, з чаєм, з молоком, з кашею. Необхідно відзначити, що йодна профілактика у вказаних дозах не має ніяких протипоказань. Обов'язково слід давати йод вагітним і матерям-годувальницям.

В умовах соціалістичного ладу, коли більшість населення є організованою, запровадження профілактичних заходів у районах, де спостерігається захворювання ендемічним зобом, є цілком здійсненою справою, що й привело до позитивних результатів у боротьбі з зобом.

ІНСТРУКЦІЯ ПО ЙОДУВАННЮ КУХОННОЇ СОЛІ

1. Йодована сіль, «повноцінна сіль», є звичайною кухонною сіллю, в якій застосовано незначну кількість йодистого калію. Назва «повноцінна» вказує на те, що вона містить необхідну для організму речовину — йод.

2. Йодована сіль застосовується як профілактичний засіб у боротьбі з ендемічним зобом, замість звичайної кухонної харчової солі. Вона безперервно доставляє організмові малі кількості йоду і тим забезпечує від захворювання, а також дає лікувальний ефект щодо деяких форм зоба.

Йодовану сіль готують, додаючи звичайно 10 мг йодистого калію на 1 кг кухонної солі, тобто така сіль містить 0,001% йодистого калію. Зважаючи на малі кількості йодистого калію, великого значення має рівномірний розподіл його по всій масі солі.

1. Процес йодування

1. Набирання і відважування якомога дрібнішої і незабрудненої кухонної солі в кількості 9 кг у спеціальне корито. 1 кг кухонної солі відважують окремо у скляну чашу.

2. Йодування (лаборантом) 1 кг кухонної солі (основна суміш). На 1 кг солі (у скляній чашці) виливають 100 см³ однопроцентного розчину йодистого калію (1 г йодистого калію). Сіль з розчином йодистого калію старанно перемішують (лаборант) дерев'яною ложкою секунд 50—60.

3. Внесення йодованого 1 кг солі (основна суміш) в корито з 99 кг кухонної солі.

Основну суміш лаборант рівномірно розкидає по всій поверхні солі, і робітники (двое) перемішують лопатами з усією масою солі в кориті; перемішують лопатами всі 100 кг солі протягом 5—6 хвилин.

4. Взяття лаборантом проб йодованої солі і проведення краплинної реакції за допомогою реактиву на йодовану сіль. Для цього на білу фарфорову пластинку або просто на білу тарілку насипають 8 проб (купок) кухонної солі, взятих з різних місць корита, з поверхні і з глибини (кожна проба — коло половини чайної ложки). Проби здавлюють, і вони набирають форми диска завбільшки з 10-копійну монету, потім піпеткою капають по одній краплі реактиву на кожну пробу. Поява синього забарвлення (йодокрохмальної реакції) і однакова інтенсивність синього забарвлення в усіх пробах свідчить про наявність і рівномірний розподіл йодистого ка-

лю в усій масі солі. При різній інтенсивності синього забарвлення перемішування солі в кориті повторюють.

5. Висипання йодованої солі в мішки, дерев'яні бочки або на місце зберігання в складі в ларі.

Весь процес йодування 100 кг солі потребує 10—12 хвилин. При штаті 1 лаборант і 2 робітники за 8-годинний робочий день можна виготовити 4—4,5 тонни йодованої солі.

II. Реактив на йодовану сіль

Реактив складається з:

- а) 10 см³ 0,5% розчину крохмалю;
- б) 2 крапель 25% сірчаної кислоти;
- в) 4 крапель 0,5% розчину азотнокислого калію або натрію (нітрит калію).

Щоб мати «реактив на йодовану сіль», треба до 10 см³ розчину крохмалю додати 2 краплі 25% сірчаної кислоти і 4 краплі 0,5% розчину цитрину калію і перемішати.

Розчини повинні бути заготовлені заздалегідь, але змішувати треба перед вживанням; реактив придатний лише в день виготовлення.

Готування складових частин реактиву

1. 0,5% розчин крохмалю готують так:

Спочатку готують насичений розчин нейодованої кухонної солі (300 г солі в 1 л теплої води). Потім беруть 5 г крохмалю, розтирають до якнайтоншого порошку, перемішують з 30 см³ холодної води до одержання рівномірної кашки і, доводячи до кипіння при безперервному помішуванні, кип'ять 2—3 хвилини. Одержаний крохмальний клейстер розводять невеликими порціями розчину кухонної солі (100 см³), після чого розведений крохмальний розчин змішують з рештою розчину солі і фільтрують через фільтрувальний папір або через вату.

Профільтрований розчин розливають по 200—250 см³ в окремі склянки (пляшки), щільно закупорюють пробками. Приготовлений за цим способом розчин крохмалю може зберігатися без зміни необмежений час.

2. 25% сірчану кислоту можна одержати досить точно, розчинивши 20 см³ концентрованої (96%) хімічно чистої сірчаної кислоти (питома вага—1,84) в 100 см³ води.

3. 0,5% розчин азотнокислого калію готують розчиненням 0,5 г азотнокислого калію в 100 см³ води.

По інтенсивності синього забарвлення (йодокрохмальна реакція), яке утворюється при діянні краплі реактиву на йодовану сіль, можна орієнтовно судити про вміст йодистого калію в даній солі.

Сіль, йодована додаванням 1 г йодистого калію до 100 кг солі, містить у 10 г солі (середньозоджене споживання солі людиною) 0,5 мг або 100 гамм йодистого калію (1 гамма—0,001 мг). Така сіль дає темносинє забарвлення. При вмісті 20 гамм йодистого калію в 10 г йодованої солі забарвлення ще настає, але лише блідо-синє, яке швидко зникає; при меншій кількості йодистого калію реактив виразного посилення не дає.

ЗМІСТ

Вступ	3
Історія	4
Анатомія і функція щитовидної залози	6
Причини виникнення зоба	8
Картина зоба	10
Лікування	17
Профілактика зоба	18
Інструкція по йодуванню кухонної солі	21

Редактор *Й. М. Пейсахович*
Перекладач *Л. С. Санов*

Техредактор *А. Д. Гітштейн*
Обкладинка худ. *А. Ф. Пономаренко*
Коректор *А. Н. Делецька*

Проф. *А. К. Горчаков*. „Зоб, его профилактика и лечение“
(На украинском языке).

БФ 03664. Замовлення № 191. Тираж 20 000. Підписано до друку
8.VII 1952 р. Обліково-видавн. арк. 1,2. Папір $84 \times 108 \frac{1}{2} = 0,375$ па-
перових — 1,23 друк. арк.

Друкарня б. школи ФЗУ Укрполіграфвидаву при Раді Міністрів УРСР,
Київ, Золотоворітська, 11

ms. 2. 1320

~~35-1001~~

4-00

✓

2

61