

Канд. мед. наук И. П. Арлеевский (Казань). О так называемом синдроме Бернетта

В 1949 г. Бернетт и сотр. описали симптомокомплекс, развивавшийся у 6 больных мужчин, страдавших язвенной болезнью либо язвенным синдромом и в течение длительного времени употреблявших большое количество молока и щелочи. Мы наблюдали 1 больного с подобным симптомокомплексом.

П., 40 лет, поступил с жалобами на тупые ноющие боли в эпигастральной области, усиливающиеся примерно через полчаса после приема острой, грубой пищи, отвращение к молоку и жирам, горечь и металлический привкус во рту, отрыжку воздухом, изредка тошноту, постоянные запоры; помимо этого, в течение 12 лет беспокоят умеренные ноющие боли в суставах нижних конечностей, больше в коленных, усиливающиеся при быстрой ходьбе и значительном физическом напряжении.

Пациент с детства пьет много молока (не менее 2, иногда до 3 л в день). В течение 10 лет — с 1950 по 1960 г. — ввиду изжоги принимал небольшие количества соды (от 2 до 6 чайных ложек в месяц). В мае 1971 г. перестал пить молоко из-за появляющихся после него болей в подложечной области, начал употреблять кефир (до 2 л в сутки). С сентября 1971 г. отказался от молочных продуктов по той же причине. Симптомы патологии желудочно-кишечного тракта появились остро в феврале 1971 г. после нарушения в течение месяца обычного режима питания (в командировке). П. не курит, алкоголь употребляет редко. Наследственность благополучная. В 1959 г. перенес аппендэктомию по поводу острого аппендицита.

Пациент высокого роста, правильного телосложения, нормальной упитанности. Кожа и слизистые имеют нормальную окраску. В легких и сердце патологии не обнаружено. АД 110/70. Пульс 68, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык слегка обложен белым налетом. Легкая болезненность в эпигастральной области, правом подреберье и по ходу толстого кишечника. Положительные симптомы Керра, Ортуэра. Суставы внешне не изменены. Исследование крови обнаружило палочкоядерный сдвиг (17%), моноцитоз (13%) и гиперхолестеринемию ($229 \text{ мг}^0/\text{г}$). Анализ желудочного сока выявил выраженное снижение секреторной функции желудка (после пробного завтрака свободной HCl 0—4; общей HCl 6—28). При дуоденальном зондировании в порции А—6—30 лейкоцитов в поле зрения. Рентгенологические признаки патологии желудочно-кишечного тракта нет. Несколько увеличена скорость распространения пульсовой волны по сосудам эластического и мышечного типа. На ЭКГ — синусовый ритм, правая девиация. Содержание кальция в плазме — $9,9 \text{ мг}^0/\text{г}$, фосфора — $5,65 \text{ мг}^0/\text{г}$, магния — $1,2 \text{ мг}^0/\text{г}$. Реакция Сульковича ++++. Активность щелочной фосфатазы $5,86 \text{ ед. по Боданскому}$. pH крови — 7,4; другие параметры щелочно-кислотного равновесия также не изменены. На рентгенограммах коленных суставов в двух проекциях — обызвествление сухожилия четырехглавой мышцы бедра у места прикрепления к верхнему полюсу надколенной чашки, больше выраженное слева. На снимках плечевых суставов в прямой проекции — утолщение и уплотнение коркового слоя головок плечевых костей у места прикрепления мышц (большой бугор).

Таким образом, у больного с развившейся за последнее время патологией желудочно-кишечного тракта (гастрит с секреторной недостаточностью, дискинезия желчевыводящих путей) обнаружены отчетливые признаки синдрома Бернетта с поражением периферических тканей. Отсутствие гиперкальциемии может быть связано с прекращением употребления молочных продуктов за полтора месяца до поступления в стационар. В отличие от больных, описанных Бернеттом и сотр., наш пациент не страдал язвенной болезнью.

Поступила 26 февраля 1973 г.

УДК 615.846

В. А. Ильина. Диенцефальные кризы при радиоволновой болезни

Под нашим наблюдением находилась К., 34 лет, испытательница приборов — источников излучения СВЧ электровакуумного производства (стаж 12 лет).

Согласно санитарно-гигиенической характеристике, за время работы было незначительное превышение предельно допустимого облучения ($0,01 \text{ мвт/см}^2$). На 7-м году работы К. стала отмечать головные боли, головокружение, быструю утомляемость, общую слабость, расстройство сна, рассеянность, ослабление памяти. Была диагностирована выраженная церебрастения, однако рациональное трудоустройство своевременно не было проведено. С годами самочувствие ухудшалось. Появились приступы головных болей с кратковременным расстройством сознания, сердцебиением, болями в области сердца, которые сопровождалась чувством страха. Один из таких приступов был расценен в 1971 г. как инфаркт миокарда, и больную госпитализировали в терапевтический стационар.

В период наблюдения в клинике профпатологии у больной отмечались кризы, начинавшиеся как симпато-адреналовые, но завершавшиеся как ваготонические.