

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.

АД повышалось до 150/100 мм рт. ст., резко усиливались головная боль, боль в области сердца, появлялось чувство недостатка воздуха, дрожь во всем теле. Вегетативные расстройства были ярко выражены: гиперемия лица, тремор рук, головы в покое, тахикардия, шумное дыхание. Через полчаса это состояние сменялось резкой слабостью, бледностью кожных покровов, брадикардией, исчезновением пульса и снижением АД. Приступы заканчивались обильным мочеиспусканием, и в течение последующих суток сохранялась слабость, ощущение «пульсации во всем организме». Часто им предшествовали необъяснимая тревога, предчувствие смерти.

Нередко в вечернее время наблюдались стертые приступы. Внезапно возникали головная боль, резкая слабость, усталость, боли сжимающего характера в области сердца, общий гипергидроз.

При объективном обследовании отмечается бледность кожных покровов, астенизация, постоянный субфебрилитет, асимметрия аксиллярной температуры и АД. Со стороны центральной нервной системы очаговых симптомов не найдено. Обнаружены вегетативные отклонения. Уровень 17-кетостеронидов мочи — на нижней границе нормы. На ЭКГ — брадикардия, других нарушений не выявлено. Связь дисцифальных кризов с воздействием СВЧ на организм подтверждается отсутствием инфекционных, эндокринных заболеваний головного мозга, которые могли бы привести к подобной патологии нервной системы.

Поступила 17 января 1973 г.

УДК 616.718

А. П. Чернов (Куйбышев-обл.). Деформирующий гоноартроз при X- и O-образных деформациях нижних конечностей

Мы наблюдали 105 больных с боковыми искривлениями коленного сустава различной этиологии. У 20 из них (15 женщин и 5 мужчин в возрасте от 25 до 62 лет) выявлен деформирующий гоноартроз (в это число не вошли больные, у которых артроз явился следствием воспалительного процесса в суставе или внутрисуставного повреждения). Вальгусная деформация коленного сустава была у 8 чел., варусная — у 12. У 8 чел. причиной искривления была приводящая контрактура бедра, у 6 — перелом бедра или костей голени, у 4 — рахит, у 2 — огнестрельное ранение большеберцовой кости.

Изучение литературы и наши исследования позволили нам выделить три фактора, имеющих значение в механогенезе деформирующего гоноартроза при боковых искривлениях области колена: а) неравномерную статическую нагрузку на коленный сустав с перегрузкой или недогрузкой отдельных участков, б) разболтанность коленного сустава, в) относительное укорочение деформированной конечности.

Нами исследована проекция механической оси на коленный сустав у 105 больных с боковыми искривлениями области колена. Коленный сустав во фронтальной плоскости разделяли при этом на три зоны: центральную и две боковые. Центральная зона очерчена границей надколенника, боковые расположены между краем надколенника и наружным или внутренним надмыщелками бедра.

Полученные данные показали, что проекция механической оси на коленный сустав зависит от величины фронтального угла искривления. Чем выраженнее деформация, тем дальше от центра сустава проходит указанная ось и тем большую статическую нагрузку испытывают соответствующие мыщелки бедра и голени. Наибольшая нагрузка костной ткани и суставного хряща на вогнутой стороне сустава отмечается в том случае, когда механическая ось проходит вне его границ, наименьшая — в случае проецирования ее на центральную зону сустава.

Из 20 наблюдавшихся больных у 1 механическая ось проецировалась на боковую зону и у 19 проходила вне сустава. Разболтанность коленного сустава появляется в связи с растяжением связочно-капсулярного аппарата. Наши клинко-рентгенологические обследования 105 больных выявили у 80 из них растяжение связочно-капсулярного аппарата коленного сустава различной степени с размахом боковых движений голени от 5 до 40°.

У больных с X- и O-образными искривлениями нижних конечностей и растяжением связочно-капсулярного аппарата коленного сустава ходьба сопровождается боковыми качательными движениями голени, при этом возникают дополнительные динамические нагрузки, которые травмируют суставной хрящ и являются причиной его дегенеративных изменений.

Из 20 больных с деформирующим гоноартрозом разболтанность в суставе отсутствовала лишь у 2, у 4 она варьировала от 10 до 15° и у 14 превышала 15°.

Нами исследована длина ног у 77 чел. с односторонними деформациями коленного сустава во фронтальной плоскости. Относительное укорочение искривленных конечностей колебалось от 0,5 до 4 см в зависимости от роста больных и степени искривления.

Для развития деформирующего гоноартроза необходимо определенное время. Наименьший срок существования деформации у наших больных — 5, наибольший — 48 лет. Особенностью гоноартроза при боковых искривлениях области колена, по нашим