

Отдел III. Из практики.

Клиника детских болезней Каз. госуд. медиц. ин-та (Директор проф. В. К. Меньшиков).

Случай заболевания эндокринных желез у 6-летнего ребенка. М. Х. Максимова.

Изучение случаев заболевания эндокринного аппарата и по настоящее время является одной из трудных областей клинической медицины и описание каждого отдельного случая представляет значительный интерес. Поэтому мы считаем необходимым описать один редкий случай заболевания эндокринной системы у ребенка, наблюдавшийся в нашей клинике.

29/IX 31 г. в детскую клинику Каз. мед. ин-та поступила Ада П., 6 лет 8 м., по поводу усиленного роста и ожирения, которые стали замечать у ребенка с 2-хлетнего возраста после перенесенной кори (тогда ребенок на некоторое время перестал ходить).

Около 7 мес. тому назад, когда девочке исполнилось 6 лет, началась смена молочных зубов. Весной этого года на лобке появилась растительность. Menses не появлялись.

Девочка родилась в срок, в домашней обстановке, роды протекали нормально. По словам матери при рождении она была приблизительно нормального роста и веса. Сидеть стала 6 мес., ходить 13 мес., зубы прорезались 4 мес. На грудном вскармливании ребенок был до 12 мес., после чего стал получать общий стол. Повышенного аппетита у ребенка не отмечают.

Наша больная—единственный ребенок в семье. Возраст отца 36 лет, матери 30 лет. Lues, tbc родителями отрицается. Со стороны близких родственников отмечается резкое ожирение дяди ребенка, страдавшего алкоголизмом.

При осмотре больной бросается в глаза чрезмерно большой рост—134 см (N 107 см.), широкая фигура—окружность груди—78 (N 54), большая голова—окружность—55 см. (N 51), обильное отложение жирового слоя, огромный живот (окружность 95 см.). Вес 48.600,0 (N 16.500). У девочки грубый, низкий голос, неуклюжая, переваливающаяся походка.

Кожа нормальной окраски, мягка, эластична. Отмечается повышенное отделение пота. Рост волос на голове обильный, волосы грубые, толстые, имеют нормальный блеск. Ногти широкие, плоские, тусклости на них не отмечается. Подкожно-жировой слой сильно развит, особенно на животе, толщина кожи складки 10 мм. (N 3,8), на груди 5 мм. (N 2,6 м.), на спине—7,5 мм. (N 2,6). Со стороны костного скелета отмечается некоторый прогнатизм, большие, широкие кисти и стопы, короткие толстые пальцы рук. На ногах выделяются большие пальцы своей величиной и массивностью.

Слизистая полости рта нормальной окраски; зубов 20, из них 6 постоянных резцов (4 нижн. и 2 верхних). Зубы большие, четырехугольной формы, с большими промежутками между ними. Язык большой, с сильно развитыми сосочками.

Со стороны сердца и кровеносных сосудов ничего патологического не отмечено. Кровяное давление 70 mm. maxim. (по Riva-Rossi)

Картина крови: E—4.710,000, Hb 71%. F. ind 0,7. L 9.800. Лейкоцит. формула в процентах: Eos.—6, J.—1, St.—23, Sg.—42, Lym.—22, Mon—5, клет. раздраж. Tügk'a—1.

Со стороны легких изменений не обнаружено.

При пальпации живота прощупывается плотноватая печень, болезненная. Селезенка не прощупывается. Стул N, при исследовании—яйца глист не обнаружены. Мочеполовые органы—замечаются вторичные половые признаки: волосы в подмышечных впадинах и на лобке, имеющие рост по женскому типу. Грудные железы не прощупываются. Малые половые губы развиты слабо, слизистая оболочка их у входа во влагалище богата гиперплазированными железками. Количество мочи от 600 до 2000 нормального уд. веса. В моче ничего патологич. не найдено.

При исследовании нервной системы отмечается красный дермографизм, появляющийся через 15—20 сек., со стороны сухожильных рефлексов уклонений.

от N не обнаружено. Исследованием возбудимости вегетативной нервной системы обнаружено следующее: на введение атропина (0,4 к. с. раствора 1:1000) реакции со стороны кровеносной системы, зрачков, вазомоторов отметить не удалось. На введение адреналина (в такой же дозе), после предварительной дачи per os 75,0 кристаллической глюкозы чатошак, больная реагировала повышением кровяного давления (с 80 до 100 мм.) и некоторым учащением пульса. Глюкозурии в течение последующих 10 час. не было.

При исследовании глазного дна ничего патологического не обнаружено.

По психическому развитию девочка не выделяется от своих сверстников, охотно играет в куклы, застенчивая, сознает свое ненормальное развитие. Имеет упрямый, неустойчивый характер.

R. Piquet и R. W. отрицательны.

На рентгенограмме черепа обнаруживается утолщение костных стенок, широкие воздушные пазухи, пневматизированный *sinus sphenoidalis*, двойной ряд зубов кроме передних резцов, массивные *condyli occipitales*, раздвоение остистого отростка атланта. Турецкое седло широкое, глубокое 14×14 мм (№ 9 \times 8), резко очерченное. В центре седла имеется небольшая тень.

Рентгенограмма кисти: большая, несоизмерно возрасту кисть, с относительно-широким слоем эпифизарных хрящей, намечается образование шиловидного отростка локтевой кости, кости запястья в количестве 8, окостеневших.

Данные обследования нашей больной дают право сделать заключение, что мы имеем дело со случаем множественного поражения желез внутренней секреции. Обращает внимание чрезмерно высокий рост (гигантизм), черты акромегалии, раннее половое развитие (*macrogenitosomia praecox*) и резкое общее ожирение ребенка.

Мы не считаем нужным доказывать, что у нашей больной имеется гигантизм и акромегалия на почве гиперфункции мозгового придатка, т. к. и клиническая картина, и данные рентгенограммы вполне подтверждают наш диагноз.

Сочетание акромегалии с гигантизмом в нашем случае лишней раз подтверждают наблюдения Sternberg'a о частом сочетании этих 2-х страданий (20—40%).

На ряду с акромегалическим гигантизмом у нашей больной имеются симптомы раннего полового созревания, которые выражены в чрезвычайно раннем появлении вторичных половых признаков,—в виде растительности на лобке и в подмышечных впадинах и наличием развитых наружных половых органов.

В патогенезе этого симптомокомплекса могут играть роль следующие эндокринные железы: щитовидная железа, интерренальная система, половые железы и эпифиз.

О тиреогенном раннем половом созревании в нашем случае говорить не приходится, ввиду отсутствия других симптомов гипертиреоза.

При *macrogenitosomia* надпочечникового происхождения у девочек, большею частью, наблюдается синдром гирсутизма и вирилизма (Ма с л о в, Мо л ч а н о в, Кур д и н о в с к и й, Р о с с и й с к и й, М о г и л ь н и ц к и й). При этом отмечается общий гипертрихоз по мужскому типу; мужской *habitus* и мужской склад характера. Кроме того, отмечается пониженная толерантность к углеводам. Часто стойкое повышение кровяного давления. У нашей больной эти явления отсутствуют. Наоборот, мы наблюдаем у девочки рост волос по женскому типу, женский склад характера (застенчивость, любовь к куклам), невысокое кровяное давление, повышенную толерантность к углеводам (проба с адреналином).

Таким образом, исключая влияние щитовидной железы и надпочечников, нам остается трактовать повышение функции половых желез недостаточной функцией эпифиза.

Экспериментальные и клинические наблюдения указывают, что шишковидная железа в норме оказывает тормозящее влияние на функцию полового аппарата (Р о с с и й с к и й, Н и к и ф о р о в, М о г и л ь н и ц к и й). При понижении или выпадении ее функций наблюдается раннее половое созревание, ввиду превалирования функции половых желез.

Причиной гипофункции эпифиза являются большею частью опухоли ее (карциномы, тератомы, саркомы, аденомы, кисты).

Опухоли эпифиза по некоторым авторам (М о г и л ь н и ц к и й, Р о с с и й с к и й, К о н ч а л о в с к и й, Н e u b n e r, M a g b u r g) вызывают также и общее ожирение. Играет роль при этом роль давление опухоли на ядра *diencephalon*, регулирующие обмен веществ организма или имеет значение нарушение гормо-

нальной функции эпифиза—вопрос до настоящего времени остается еще не выясненным.

Итак, мы приходим к заключению, что у нашей больной имеется нарушение функции гипофиза и *gl. pinealis*. Какая же этиология этого заболевания? Многие авторы считают, что видная роль в этиологии заболевания эндокринного аппарата принадлежит острым и хроническим инфекциям. Обращаясь к анамнезу нашей больной, мы видим, что она в 2-хлетнем возрасте перенесла корь, после чего родители стали замечать усиление роста ребенка. Можно предположить, что эта инфекция (корь) каким то образом повлияла на переднюю долю гипофиза, которая в этом возрасте имеет свой *maximum* роста (проф. Э м и н е т) и является поэтому наиболее уязвимым органом.

Изменение функции гипофиза, повлекло за собой нарушение функции эпифиза. Проявление недостаточной функции эпифиза у нашей больной стало наблюдаться с 6-летнего возраста, т. е. в тот период, когда начинается физиологич. инволюция этого органа.

Рентгенограмма обнаруживает тень в области турецкого седла, что дает нам возможность предположить наличие опухоли в этих железах.

Отсутствие мозговых явлений (повышение внутричерепного давления, изменения со стороны глазного дна и друг.), которые обыкновенно сопутствуют мозговым опухолям, можно объяснить небольшими, сравнительно, размерами опухоли.

Водяной перец (*Polygonum hydropiper*), как кровоостанавливающее средство.

Профессор Д. М. Российский. (Москва).

Водяной перец (*Polygonum Hydropiper*, сем. *Polygonaceae*), известный в народе под названием почечуйника, чечины, собачьего перца или геморроидальной травы, произрастает по всей СССР, лучше всего на перегнойной почве по сырым местам на лугах и вблизи рек.

В народной медицине трава водяного перца издавна пользуется славой кровоостанавливающего средства, при чем применяется, главным образом, при геморроидальных кровотечениях.

В 1912 г. проф. Н. П. К р а в к о в предложил в качестве кровоостанавливающего средства жидкую вытяжку надземных частей водяного перца (*Extractum fluidum Polygoni hydropiperis*).

В земской практике препараты из водяного перца применялись провизором А. О. П и о т р о в с к и м, как на это указывает профес. Н. П. К р а в к о в, еще с 1850 г. при обильных менструальных и геморроидальных кровотечениях. Кровоостанавливающее действие жидкой вытяжки надземных частей водяного перца (*Extractum fluidum Polygoni hydropiperis*), обладающей довольно приятным запахом и слабо вяжущим горьковатым вкусом, было проверено в акушерско-гинекологической клинике проф. Д. Д. П о п о в а и терапевтической клинике проф. Ф а в и ц к о г о, при чем наблюдения над действием этого средства при различного рода кровотечениях дали вполне благоприятные результаты и показали, что водяной перец представляет весьма действительное кровоостанавливающее средство. Применялась жидкая вытяжка водяного перца по 30—40 капель три раза в день при обильных менструальных кровотечениях на почве фибром, при кровохарканиях, при кровотечениях из мочевого пузыря, а также при желудочных, геморроидальных и почечных кровотечениях. В некоторых случаях дозировка жидкой вытяжки водяного перца повышалась и доходила до 40 капель шесть раз в день.

Некоторые авторы (Л. А. К а м и н с к а я, М. К. П е т р о в а и Е. М. У с к о в а), кроме кровоостанавливающего действия этого средства, отмечали также и его благотворное влияние на нервную систему и вообще самочувствие. В некоторых случаях дисменореи применение жидкой вытяжки водяного перца оказывало также и болеутоляющее действие.