

**А. П. Пигалов, Г. А. Кулакова, С. Я. Волгина, С. Н. Якубова, Н. А. Соловьева (Казань).
Случай перемежающегося гидартроза у девочки 9 лет**

Перемежающийся гидартроз — заболевание, характеризующееся воспалительными изменениями в суставах. Этиология данного недуга неизвестна, однако отмечают взаимосвязь с аллергическим состоянием и эндокринными нарушениями. Клиническая картина характеризуется внезапным началом. Чаще в патологический процесс вовлекаются коленные суставы, реже голеностопные, тазобедренные. Крайне редко поражаются суставы рук. При отсутствии нарушений общего состояния на фоне нормальной температуры внезапно появляются боль и опухание одного, возможно, двух суставов. Сустав увеличивается в объеме за счет накопления экссудата. Периапикальные ткани изменяются незначительно. Функция сустава страдает мало. Заболевание носит циклический характер. В связи с редким распространением перемежающегося гидартроза приводим собственное наблюдение такой больной.

Я., 9 лет, консультирована 19.01.1991 г. в связи с жалобами на периодически повторяющуюся припухлость коленных суставов с ограничением подвижности и болью в них. 7 июня 1990 г. на фоне общего соматического благополучия впервые появились припухлость левого коленного сустава, умеренная болезненность, особенно выраженная при движении. Начало заболевания родители связывали с возможным переохлаждением, так как накануне девочка ненадолго заходила в речку. Припухлость и болезненность левого коленного сустава сохранялись в течение 3—4 дней, затем стали исчезать, но подобные изменения появились в правом коленном суставе, которые держались 3—4 дня и также прошли без назначения каких-либо медикаментозных препаратов. Самочувствие девочки было удовлетворительным. Спустя 13 дней вновь появились припухлость, боль с ограничением подвижности в левом коленном суставе и присоединением в последующем подобных изменений и в правом суставе. Изменения в суставах, как и прежде, отмечались в течение 3—4 дней, после этого следовал тринадцатидневный перерыв и цикл вновь повторялся. С июня было 12 таких обострений.

Из анамнеза жизни известно, что девочка родилась от четвертой беременности. Первая и вторая беременности закончились выкидышами, третья — родами путем кесарева сечения, однако ребенок умер и причину его смерти выяснить не удалось. Четвертая беременность в возрасте 31 года закончилась рождением данного ребенка. В периоде беременности неоднократно возникала угроза выкидыша, в связи с этим мать трижды находилась на стационарном лечении. Роды произошли в срок, разрешились путем кесарева сечения. Масса тела при рождении — 3800 г, рост — 54 см. Закричала сразу. В связи с желтухой, обусловленной АВО-несовместимостью, получала соответствующее лечение. Выписана домой в удовлетворительном состоянии. На естествен-

ном вскармливании находилась до года, прикормы вводили своевременно, питание было полноценным и разнообразным. Физическое и нервно-психическое развитие соответствовало возрасту, привита в срок.

Из перенесенных заболеваний: экссудативно-катаральный диатез на первом году жизни, частые ОРВИ, катаральная ангина, хронический рецидивирующий гнойный правосторонний средний отит, аденоиды II степени, пищевая поливалентная аллергия, энтеробиоз, острый бронхит. С. 1985 г. состоит на учете по поводу хронического вторичного пиелонефрита на фоне дисметаболических нарушений, дискинезии желчевыводящих путей по гипертоническому типу, хронического гастрита с нормальной кислотообразующей функцией.

С 1987 г. наблюдается эндокринологом в связи с избыточной массой тела II степени алиментарно-конституционального генеза, гиперплазией щитовидной железы I степени. Неоднократно была лечена в стационарах по поводу данных заболеваний. В роду есть больные сахарным диабетом, ИБС, патологией желудочно-кишечного тракта.

При объективном исследовании: девочка правильного телосложения, избыточной упитанности. Кожные покровы и слизистые обычной окраски, чистые. Лимфатические узлы не увеличены. Изменений со стороны костной системы нет. Левый коленный сустав деформированный, увеличенный в объеме, припухший; движения в нем не ограничены. Отмечается умеренная болезненность в суставе при движении. Правый коленный сустав без признаков воспаления, движения в полном объеме, безболезненные. Гониометрия: левый коленный сустав — 42 см — 41 см — 38 см, правый — 39 см — 38 см — 36 см. Другие суставы без признаков воспаления, активные и пассивные движения в них не ограничены.

В легких при перкуссии звук легочной, дыхание везикулярное, частота дыхания — 18 в 1 мин. Границы сердца не расширены, тоны ритмичные, ясные. Частота пульса — 72 уд. в 1 мин, АД — 13,3/9,3 кПа. Язык чистый, влажный. Миндалины несколько выступают из-за дужек, чистые. Живот правильной конфигурации, участвует в акте дыхания. При пальпации отмечается небольшая болезненность в проекции желчного пузыря. Положительные симптомы Ортнера, Кера, Мерфи. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформлен, бывает ежедневно. Мочепускание не нарушено.

Анализ крови: эр.— $4,4 \cdot 10^{12}/л$, л.— $3,5 \cdot 10^9/л$, Нб — 2,2 ммоль/л, СОЭ — 5 мм/ч, с.—57%, э.—3%, мон.—1%, лимф.—39%. Содержание общего белка сыворотки крови — 68 г/л, остаточного азота — 3,9 ммоль/л, мочевины — 8,3 ммоль/л, билирубина — 10,5 ммоль/л, сиаловых кислот — 0,368 ед. С-РБ — отрицательный. Ревматоидный фактор не обнаружен. Рентгенография суставов без патологии.

УЗИ печени и желчного пузыря: структура печени однородная, стенки желчного пузыря не утолщены, содержимое гомогенное, ПДФ — 0,84. Функция опорожнения нарушена (сильное сокращение желчного пузыря при спазме сфинктера Одди).

Тест толерантности к глюкозе: натощак — 2,94 ммоль/л, через 30 минут — 3,79 ммоль/л, 60 — 3,91 ммоль/л, 90 — 3,49 ммоль/л, 120 —

3,4 ммоль/л, 150—3,02 ммоль/л, 180 минут—2,9 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность—1,008, рН 6,0, прозрачная, соломенно-желтого цвета, белка нет, эпителий плоский—0—3 в поле зрения. В суточной моче сахар не обнаружен.

ЭКГ: нерегулярный синусовый ритм, число сердечных сокращений—57—75 уд в 1 мин. Нормальное положение электрической оси сердца.

Таким образом, принимая во внимание циклическое воспалительное поражение суставов, сопровождающееся незначительным нарушением их функциональной способности у девочки с выраженными эндокринными нарушениями и наличием пищевой аллергии, мы сочли вправе диагностировать перемежающийся гидрартроз. Сопутствующие заболевания: алиментарно-конституционное ожирение II степени, переходная форма. Нарушенный тест толерантности к глюкозе (плоская кривая). Гиперплазия щитовидной железы I—II степени с гипофункцией. Хронический гастрит с нормальной кислотообразующей функцией вне обострения. Дискинезия желчевыводящих путей по гипертоническому типу. Хронический пиелонефрит, вторичный, диметаболический, период ремиссии, ПН₀. Поливалентная пищевая аллергия.

Девочка продолжает наблюдаться в нашей поликлинике.

УДК 616.134.9—085.814.1—036.8

Ю. И. Батысов (Казань). Опыт рефлексотерапии синдрома позвоночной артерии

Мы изучали эффективность пунктурной рефлексотерапии (ПР) при синдроме позвоночной артерии (СПА). Под нашим наблюдением находился 61 больной с СПА в возрасте от 25 до 55 лет (мужчин—24, женщин—37). Ранее больные проходили в разные годы амбулаторное и стационарное лечение. У 23 пациентов выявлена форма компрессионно-ирритативного СПА, у 38—рефлекторного ангиоспастического синдрома. Симптоматика СПА складывалась из приступообразных головных болей, чаще гемикранического типа, кохлео-вестибулярных и зрительных нарушений, различной степени вегетативных расстройств и общевротического синдрома. На рентгенограммах шейного отдела позвоночника выявлялись признаки дегенеративно-дистрофических изменений, подвывихи по Ковачу и в 2 случаях аномалии Кимерли. На РЗГ у большинства больных наблюдались признаки нарушений гемодинамики различной выраженности в вертебробазилярном бассейне (изменения сосудистого тонуса, снижение объема кровотока). Изменения гемодинамики в большинстве случаев доминировали на стороне патологии.

Лечение начинали с первого уровня воздействия методом дисперсии на точки «ключи» и связывающие первые пары «чудесных» меридианов с обязательным включением точек из классических меридианов, составляющих данную пару «чудесных» меридианов и находящихся в регионарной близости от пораженной области. Подключали воздействие методом тонизации на точки группового ЛО. Кроме того, при лечении на всех уровнях широко использовали воздействие на специфические точки. В зависимости от выраженности про-

явлений СПА и длительности его течения на сеансе использовали до 6 точек. При выборе указанных точек предпочтение отдавали тем, которые проявляли пальпаторную болезненность. В первом уровне лечение проводили в течение 5—6 дней, затем переходили на второй уровень воздействия—на точки ЛО и посредник пораженного и спаренного с ним меридиана. После 2—3 дней лечения переходили к воздействию на точки акупунктуры основных меридианов (третий уровень) с учетом их трехзональной системы. Выбор пораженного меридиана проводили на основе данных клинической и инструментальной пунктурной диагностики. Курс лечения составлял 10—12 сеансов пунктурной рефлексотерапии. Через 15—30 дней назначали второй и затем третий курсы.

В результате лечения значительное улучшение наступило у 9 больных, улучшение—у 41, незначительное улучшение—у 7; у 4 больных положительных перемен не произошло. Наряду с клиническим улучшением у большинства больных отмечены благоприятные сдвиги и в церебральной гемодинамике (72%). Наиболее эффективной пунктурная рефлексотерапия оказалась при рефлекторно-ангиоспастической форме синдрома.

УДК 616.31—006—08.849.5

А. В. Гилев, Г. И. Володина, Ф. Ф. Мухаметшина (Казань). Роль предлучевой топометрической подготовки больных со злокачественными опухолями ротовой полости и орфарингса в профилактике лучевых повреждений

Прецизионная клиническая топометрия является важнейшим атрибутом предлучевой подготовки больных. Ее недооценка и реализация лучевой терапии на основе схематического планирования, по оценке различных авторов, могут вызвать развитие лучевых повреждений от 6—10% до 61,2% у больных со злокачественными опухолями полости рта и орфарингеальной области. Это обусловлено резким градиентом поглощенной дозы излучения, возникающим вследствие неоднородности облучаемого объема. Адекватность проводимых топометрических исследований находится в прямой зависимости от лучевых повреждений.

Целью исследования являлось сопоставление методов топометрической подготовки больных со злокачественными опухолями полости рта и орфарингеальной области с развитием поздних лучевых повреждений.

Были обследованы две группы больных. В 1-ю группу включены 58 больных, предлучевая подготовка которых проводилась методом двухпроекционной рентгенометрии с контрастированием новообразования. Во 2-ю группу вошли 44 пациента, топометрическое исследование которых выполнялось методом прямой инструментальной топометрии (ПИТ), разработанным в клиническом онкологическом центре г. Казани.

Степень лучевых повреждений оценивали в сроки от 3 месяцев до 2 лет (см. табл.). Выяснилось, что лучевые повреждения у больных со злокачественными опухолями ротовой полости и орфарингеальной области при использовании метода прямой инструментальной топометрии возникают в 3,3 раза реже, чем при двухпроекционной рентгенометрии.