

Е.П. Меженина

**Словарь эпонимических
названий болезней и
синдромов**

Ортопедия и травматология

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 616
ББК 53
Е11

E11 **Е.П. Меженина**
Словарь эпонимических названий болезней и синдромов: Ортопедия и травматология / Е.П. Меженина – М.: Книга по Требованию, 2021. – 159 с.

ISBN 978-5-458-25896-8

Приведено более 300 эпонимических названий болезней и синдромов в ортопедии и травматологии. Даны их синонимы, описаны краткая клиническая и рентгенологическая картина, патогномоничные признаки и прогноз. Большинство заболеваний имеют симптомы поражения не только опорно-двигательного аппарата, но и других органов и систем, поэтому книга предназначена не только для ортопедов-травматологов, хирургов, рентгенологов, но и для педиатров, терапевтов, невропатологов и врачей других специальностей.

ISBN 978-5-458-25896-8

© Издание на русском языке, оформление

«YOYO Media», 2021

© Издание на русском языке, оцифровка,

«Книга по Требованию», 2021

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, кляксы, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первозданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.

ЭПОНИМИЧЕСКИЕ НАЗВАНИЯ

А

Абдергальдена - Фанкони болезнь (m. Abderhalden - Fanconi), синдром Абдергальдена - Кауфмана - Лигна, синдром Фанкони, цистиновый диатез, аминокислотный диабет, цистиноз, почечный глико-амино-фосфатный диабет.

Описан швейцарским биохимиком Abderhalden E. в 1903 г., а затем голландским патологом Lignac G. в 1924 г., швейцарским педиатром Fanconi G. в 1936 г.

Характеризуется пропорциональным карликовым ростом, со спонтанными переломами, рахитическими изменениями костей, особенно метафизов, адипатией скелетной мускулатуры, признаками нефросклероза без гипертензии, температурной лабильностью, светобоязнью. Иногда имеют место токсикоз, хронический запор, полиурия. Интеллект сохранен. При биохимическом исследовании крови выявляется гипофосфатемия, гипокалиемия, остаточный азот, активность щелочной фосфатазы в пределах нормы. В костном мозге, лимфоузлах, селезенке определяются кристаллы цистина. Прогноз неблагоприятный, смерть наступает от уремии. Форма заболевания, при которой отсутствуют проявления цистиноза, носит название *Де Тони - Дебре - Фанкони синдром*.

Абта - Леттерера - Сиве синдром (s. Abta - Letterer - Siwe), ретикулез Леттерера, алейкемический ретикулез Леттерера, злокачественный ретикулез, инфекционный ретикулоэндотелиоз, острый геморрагический ретикулоэндотелиоз новорожденных, гистиоцитоматоз.

Впервые описан немецким патологом Letterer E. в 1924 г., дополнительного описан шведским педиатром Siwe S. в 1933 г. и американским врачом Abt A. F. в 1936 г.

Этиология точно не установлена. Наблюдается при эозинофильной гранулеме. Иногда рассматривается как злокачественная форма либо поздняя стадия *синдрома Ханда - Шюллера - Кристиана*.

Проявляется у детей периода новорожденноеTM и раннего грудного возраста в виде септической лихорадки с геморрагической тромбоцитопенической пурпурой, с увеличением лимфатических узлов, печени, селезенки. Сопровождается выраженной гипохромной анемией, лейкоцитозом или лейкопенией, тромбоцитопенией. При локализации процесса в костях имеется припухлость мягких тканей, болезненность при пальпации и движении.
Рентгенологические - на фоне общего остеопороза отмечаются деструктивные очаги с четкими границами в костях черепа, конечностей, подвздошных костях, ребрах. Нередко наблюдается периостальная реакция. Прогноз неблагоприятный.

Авеллиса - Шмидта синдром (s. Avellis - Schmidt). См.: *Шмидта синдром*.

Адсона синдром (s. Adson). См.: *Наффцигера синдром*.

Алајуанина синдром (s. Alajouanine).

Описан французским невропатологом Alajouanine T. в 1930 г. Представляет собой комплекс врожденных аномалий, характеризующийся двусторонним парезом отводящего нерва, парезом лицевого нерва по центральному типу, двусторонней деформацией стоп по типу pes varus.

Аллемана синдром (s. Allemand).

Впервые описан швейцарским врачом Allemann R. в 1936г.

Наследственный дистрофический синдром из группы (dysencephalia splanchnocystica). Проявляется пороком развития почек (чаще двойная почка), деформацией пальцев кистей и стоп типа барабанных палочек.

Аллisonа атрофия (a. Allison).

Под данным термином подразумевается костная атрофия, развивающаяся вследствие бездействия.

Описана Allison N. и Brooks B. в 1922 г.

Альберс-Шенберга синдром (s. Albers-Schönberg), системный остеопетроз, врожденный остеосклероз, мраморная болезнь, гиперстatische дисплазия, окаменелость костей.

Описан немецким хирургом. Albers-Schönberg H.E. в 1904г.

Системное заболевание, заключается в дисгармонии развития костной и кроветворной ткани, нарушении минерального обмена, что приводит к избыточному развитию компактного вещества кости, заполняющего также и костномозговые полости. Болезнь встречается редко, во многих случаях передается по наследству, однако имеют место и спорадические случаи. Возникает, вероятно, с рождения, но

распознается позднее. Чем раньше проявляется данная патология, тем прогноз менее благоприятный. Отмечается боль в конечностях, утомляемость при ходьбе, деформация конечностей, патологические переломы. В связи с атрофией костномозговой ткани развивается гипохромная анемия, лейкоцитоз у детей и лейкопения у взрослых. Часто у детей встречается гидроцефалия, атрофия зрительного нерва, паралич глазных мышц, нистагм. Зубы появляются поздно и плохо развиты. Печень и селезенка увеличены. У некоторых больных находят резкое повышение активности щелочной фосфатазы крови.

Рентгенологически - кости скелета плотны, компактны, бесструктурны, губчатое вещество превращается в компактное, костномозговые полости не видны. Кости, несмотря на компактность, непрочны, нередко возникают патологические переломы, чаще повреждаются кости черепа, таза, проксимальные концы бедренных и дистальные концы берцовых костей, ребра, позвоночный столб, реже - плечевые кости и фаланги. Прогноз неблагоприятный, с годами болезнь прогрессирует.

Альберта синдром (s. Albert), ахиллобурсит, ахиллодиния, тенозит пятого сухожилия.

Описан австрийским хирургом Albert E. в 1893 г.

Проявляется припухлостью в области места прикрепления пятого сухожилия (ахиллова) к бугру пятой кости. Движения, связанные с напряжением пятого сухожилия, сопровождаются болью. При этом заболевании в синовиальной сумке, находящейся между пятой сухожилием и пятой костью, развиваются воспалительные изменения, причиной которых чаще всего является травма или повторяющаяся микротравматизация. В некоторых случаях ахиллобурсит может наблюдаться при ревматоидном артрите, подагре, гонококковой инфекции.

Апера синдром, I (s. Apert, I), акрокраниодисфалангия, акросфеноидактилия, акроцефалия.

Описан французским педиатром Apert E. в 1906 г.

Наследуется по аутосомно-доминантному типу. Характеризуется врожденным пороком развития черепа (башенный череп) в сочетании с аномалиями развития кисти или предплечья. Лицо лунообразное, нос приплюснут, пучеглазие за счет плоских глазных впадин, высокое небо, иногда расщепленное, атрофия зрительных нервов. Отмечается синдактилия II - V пальцев, полидактилия, радиоульнарный синоностоз с туго подвижностью в локтевых суставах. I палец кисти укорочен. Аналогичная аномалия пальцев наблюдается и на стопах. Указанные аномалии нередко сочетаются с атрезией заднего прохода, дефектами позвонков. Больные отстают в умственном и физическом развитии.

Апера синдром, II (s. Apert, II).

Описан французским педиатром Apert E.

Врожденная аномалия грудной клетки, проявляющаяся воронкообразными впадинами, располагающимися симметрично по обе стороны грудины. У больных прослушивается систолический шум над легочной артерией, цианоз отсутствует.

Арнольда - Киари порок развития (a. Arnold - Chiari). См.: Арнольда - Киари - Соловцова синдром.

Арнольда - Киари - Соловцова синдром (s. Arnold - Chiari - Solovzov), порок развития Арнольда - Киари, дистрофия мозжечка, порок развития мозжечка и продолговатого мозга с нарушением ликвородинамики.

Описан немецким патологом Arnold J. в 1894 г., затем Chiari H. в 1895 г.

Патология обусловлена сдавливанием ствола мозга и мозжечка в суженном большом затылочном отверстии вследствие деформации затылочной кости. Характерная для заболевания инфантильная конституция больных связана со спинальными дизрафическими аномалиями. Проявляется в виде гидроцефалии, поражения мозжечка, компрессионных поражений ствола мозга и спинного мозга. Нередко сочетается с аномалией шейных позвонков, синдромом Клиппеля - Фейля. Рентгенологически - сужение большого затылочного отверстия.

Ахенбаха синдром (s. Achenbach), пароксизмальная гематома кисти, апоплексия пальцев..

Впервые описан немецким терапевтом Achenbach W. в 1955 г.

Возникает преимущественно у женщин при патологии сосудов, возможно, на почве гиперергического воспаления и нейрорегенеративных нарушений. Развивается без видимой причины, иногда после механической нагрузки. Проявляется в виде ограниченного отека на ладонной или боковой поверхности пальцев кисти с последующим образованием гематом. В течение нескольких дней гематомы рассасываются, однако сохраняются ограниченные участки расширенных подкожных вен. Часто отмечаются рецидивы.

Ашара синдром (s. Achard), врожденная арахнодактилия. Наследственное заболевание, передается по аутосомно-доминантному типу. Клиническая картина аналогична синдрому Марфана, но отличается от него наличием „паукообразных“ пальцев без избыточной подвижности суставов и отсутствием других скелетных диспропорций.

Ашара - Фуа - Мезона синдром (s, Achard - Foix- Meuzon).

Описан французскими врачами Achard E. C., Foix C., Meuzon.

Характеризуется отсутствием копчика и нижних крестцовых позвонков, недоразвитием костей таза, атрофией ягодичных мышц, мышц бедра и голени, нередко наблюдается недержание мочи и кала.

Ашнера синдром (s. Aschner), ногтепателлярный синдром.

Описан Aschner B. в 1934 г.

Представляет собой abortивную форму синдрома Тернера - Кизера. Характеризуется дистрофическими изменениями ногтей, чаще всего первых пальцев кисти (онихотрофия или анонихия). Со стороны опорно-двигательного аппарата отмечается аплазия или гипоплазия надколенника, вывих головки лучевой кости.

Б

Бабинского - Фрелиха синдром (s. Babinski - Fröhlich), синдром Фрелиха, синдром Ланно - Клере, гипофизарное ожирение, гипофизарный синдром, гипофизо-таламический синдром.

Описан французским невропатологом Babinski J. в 1900г. и австрийским невропатологом Fröhlich A. в 1901 г.

Характеризуется малым ростом, ожирением, гипогенитализмом, мозговыми нарушениями (головная боль, эпилептиформные судороги и др.). Рентгенологически отмечаются изменения в области турецкого седла.

Бабинского - Фромана синдром (s. Babinski - Froment).

Описан в 1918 г. французскими врачами Babinski J. и Froment J.

Проявляется парезами и мышечными контрактурами истерического типа, развивающимися после травмы. Характерны также неврологические нарушения рефлекторного характера - каузалгии, посттравматический отек. Рентгенологически нередко выявляется остеопороз.

Байуотерса синдром (s. Bywaters), синдром длительного раздавливания, синдром сдавления, травматический токсикоз, crush syndrome, синдром размозжения, травматическая анурия.

Впервые описан английским врачом Bywaters E. в 1944 г. Характеризуется своеобразным комплексом расстройств, возникающих в результате длительного сдавления мягких тканей землей, обломками разрушенного здания и т. д. В патогенезе синдрома основную роль играют нервноболевой фактор, токсемия и плазмопотеря. Клиническая картина в начальном периоде характеризуется признаками, напоминающими травматический шок, и нарастающим отеком конечностей, подвергавшихся сдавлению. В

последующем, после кратковременного улучшения, развиваются явления острой недостаточности почек, выражющиеся в нарастании олигурии, азотемии, миоглобинурии и др. По мере восстановления функции почек в клинической картине превалируют симптомы, отражающие изменения в поврежденных конечностях.

Баматтера синдром (s. Bamatteг).

Описан швейцарским педиатром Bamatteг F. в 1950 г.

Представляет собой комплекс врожденных, семейно-наследственного характера, аномалий: прогерия, карликовый рост, деформированные суставы, дряблая кожа, помутнение роговицы, пигментированные зубы. Рентгенологические определяется генерализованная дисплазия костей.

Бамбергера - Мари синдром (s. Bamberger - Marie). См.: *Мари - Бамбергера синдром*.

Банга болезнь (m. Bang), бруцеллез, мальтийская лихорадка, ундулирующая лихорадка.

Под этим редко употребляющимся в настоящее время названием подразумевается бруцеллез, являющийся хроническим инфекционным заболеванием, наблюдающимся обычно среди лиц, непосредственно соприкасающихся со скотом (ветеринаров, доярок, работников мясокомбинатов и т. п.).

Клиническая картина отличается полиморфизмом. Заболевание может начинаться остро или подостро, реже имеет первично-хроническое течение. Острый период характеризуется высокой ундулирующей температурой, болью в суставах и мышцах, прогрессирующей Слабостью. При хронических формах чаще всего поражается опорно-двигательный аппарат. Наиболее типичным является поражение крестцово-подвздошных суставов, позвоночного столба, акромиально-ключичных суставов, тазобедренных и коленных суставов. Бруцеллезные артриты обычно проявляются в виде серозного синовита. Для бруцеллезного сакроилиита характерны определенные рентгенологические изменения - изъеденные контуры сочленяющихся поверхностей, сужение суставной щели, наличие одного или нескольких очагов деструкции, вокруг которых в дальнейшем появляется реактивный остеосклероз. Для дифференциальной диагностики существенное значение имеют серологические реакции Райта и Хеддльсона, внутрикожная проба Бюрнэ.

Барбера синдром (s. Barber). См.: *Блаунта болезнь*.

Барлоу болезнь (m. Barlow). См.: *Меллера-Барлоу болезнь*.

Барре - Льеу синдром (s. Barre - Lieon), синдром позвоночной артерии, задний шейно-симпатический синдром, шейная мигрень. Описан французским невропатологом Barre J. в 1925 г., а более детально Lieon J. в 1928 г.

Причины появления синдрома связывают с вертебральной дископатией C_V-C_{VI} или деформирующими процессами (спондилез) в шейных позвонках. Этот синдром проявляется в трех вариантах: 1 - расстройство зрения в сочетании с поражением верхнего шейного узла симпатического ствола, синдром Барре - Берчи; 2 - с преобладанием боли - шейная мигрень, синдром Берчи-Роше; 3 - синдром Галла, глазодвигательные и бульбарные расстройства. С первых дней заболевания появляется головная боль, головокружение, потеря равновесия, шум в ушах, рвота, вазомоторный ринит, расстройство зрения и боль в глубине глаз. Рентгенологически - признаки спондилеза шейного отдела позвоночного столба. Артериография указывает на сдавление позвоночной артерии на стороне поражения. Иногда болезни сопутствует парестезия кожи лица, физическая и психическая астения.

Барре - Массона синдром (s. Barre - Masson), гломangiомы, опухоль Барре - Массона, артериальные ангионевромиомы.

Описан французским невропатологом Barre J., гистологическое описание представил канадский патолог Masson P. в 1924 г.

Проявляется интенсивной болью, возникающей при охлаждении или прикосновении в области локализации гломузных опухолей (наиболее часто пальцы кисти). Опухоли величиной от горчичного зерна до вишни, голубоватого цвета, обычно располагаются в сетчатом слое дермы, иногда в подногтевом пространстве, реже в слизистых оболочках, мышцах, костях, внутренних органах. В ряде случаев наблюдаются общие симптомы: приступы удушья, тахикардия, гипертония, повышение температуры, бессонница, дисменорея и др.

Бартенверфера синдром (s. Bartenwerfer); синдром Моркио, тип Бартенверфера; метаэпифизарный эндохондральный дизостоз Моркио, тип Бартенверфера.

Описан немецким ортопедом Bartenwerfer K. в 1924 г. Представляет собой наследственно-рецессивное нарушение осификации эпифизов. Проявляется непропорционально малым ростом с уплощением тел позвонков и деформацией позвоночного столба во фронтальной и сагиттальной плоскостях, врожденным вывихом бедер, стоп с их плоско-вальгусной деформацией. Лицо монголоидного типа, небо высокое. Интеллект нередко снижен. Рентгенологически - платиспондилия, атрофия, деформация, иногда полное разрушение эпифизов, особенно часто и

резко поражаются эпифизы плечевых и бедренных костей.

Бааструпа синдром (s. Bastrup), межостистый неоартроз, „це-лющийся отросток”, межпозвоночный остеоартроз.

Описан датским рентгенологом Bastrup C. J. в 1933 г.

Является одной из форм спондилеза поясничного отдела позвоночного столба. Возникает чаще у лиц пожилого и старческого возраста в результате чрезмерного гиперлордоза после длительного ношения тяжестей. Клинически выявляются умеренная боль в области крестца, болезненность при ощупывании остистых отростков, выраженный лордоз поясничного отдела позвоночного столба, ригидность мышц спины. Рентгенологически - расширение остистых отростков в краинокаудальном направлении, образование остеофитов у верхних и нижних краев остистых отростков.

Батлера - Олбрайта - Блумберга синдром (s. Butler - Albright - Bloomberg), рахит, остеомаляция, почечный рахит.

Описан американскими врачами Butler A., Albright F, Bloomberg E. в 1937г.

Характеризуется изменениями в почках и костях, нарушением обмена веществ. Имеет место постоянный ацидоз, уменьшение аммиака в моче. Кости остеопоротичны, как при рахите, с элементом рассасывания. В сыворотке крови отмечается повышенное содержание кальция, фосфора, увеличение активности щелочной фосфатазы, в моче - повышенное содержание кальция. Из-за поперечных линий в диафизах костей ставится диагноз псевдолордозов. Тарификация обнаруживается во всех костях - трубчатых и плоских. Рост скелета рано прекращается, дети низкорослы, жалуются на боль в костях, с возрастом появляются вторичные деформации. Прогноз неблагоприятный, больные нежизнеспособны.

Бека костная болезнь (m. Boeck). См.: *Пертеса - Юнглинга синдром.*

Бекка саркоидоз (s. Boeck). См.: *Бенье - Бека - Шаумана синдром.*

Беккера киста (k. Bakker), бурсит подколенной ямки, грыжа подколенной ямки.

Впервые описан Bakker в 1877г.

Характеризуется растяжением суставной капсулы и синовиальной оболочки коленного сустава. Клинически проявляется в виде припухлости яйцевидной формы в подколенной ямке. Подколенная киста больше выступает при разогнутом колене, при согнутом она менее плотна и выпукла. В то же время она может ограничивать

сгибание в коленном суставе. При разрыве ее содержимое опускается на голень, где образуется припухлость в области икроножной мышцы. Если разрыв или растяжение кисты происходит остро, могут появиться краснота, местное повышение температуры, боль и припухлость. Эти случаи следует дифференцировать с флегмитом. Киста Беккера свободно или при помощи клапанного механизма соединяется с полостью коленного сустава. При ее пункции обнаруживают вязкую прозрачную жидкость. После ее прокола и удаления содержимого, как правило, она рецидивирует. Иногда эти кисты способствуют образованию варикозного расширения вен голени и поддерживают процессы типа флегмитов. Сдавливая лимфатические сосуды, киста может вызвать отек пораженной конечности.

Бенедикта синдром (s. Benedikt), паралич Бенедикта, синдром среднего мозга, синдром красного ядра.

Впервые описан австрийским невропатологом Benedikt M. в 1889 г. В происхождении заболевания основное значение придается поражению красного ядра вследствие сдавления опухолью, туберкуломой, реже кровоизлиянием. Характеризуется односторонним экстрапирамидным гиперкинезом, параличом глазодвигательного нерва на противоположной стороне, спастическим гемипарезом с преобладанием ригидности и сгибательных контрактур, хореоатетозом и интенционным дрожанием, гемианестезией. У заболевших в детском возрасте развиваются деформация позвоночного столба и одностороннее нарушение роста костей.

Беннета перелом (f. Bennet), переломовывих основания I пястной кости, боксерский перелом.

Впервые описан английским хирургом Bennet E. в 1882г. Механизм повреждения - чаще всего сильный удар по оси I пястной кости при положении большого пальца в приведении, сгибании и противопоставлении, реже непрямая травма. В результате травмы происходит отлом треугольной формы фрагмента локтевого края основания I пястной кости. Удерживаемый прочными связками отломок остается на месте, а I пястная кость сокальзывает с суставной поверхности трапециевидной кости и вывихивается в тыльно-лучевом направлении. Для переломовывиха основания I пястной кости характерна припухлость, деформация области I запястно-пястного сустава. При ощупывании этой области и давлении по оси I пястной кости выявляется резкая боль, иногда крепитация отломков. I палец приведен, активное отведение невозможно. Вид повреждения уточняется с помощью рентгенографии, произведенной в двух проекциях.

Бенье - Бека - Шаумана синдром (s. Besnier - Boeck -

Schaumann), саркоидоз Бека, синдром Бенье - Теннессона, гранулематоз Гагчинсона - Бека, болезнь Меллера-Бека, люпоид Бека, доброкачественный гранулематоз, саркоид Бенье - Бека, саркоидоз, саркоид Дарье - Русси, озабленная волчанка, узловатый туберкулез, люпоидный туберкулез, ангиолюпоид, эпителиозноклеточный гранулематоз, эпителиозноклеточный ретикулоэндотелиоз, болезнь Мортимера, доброкачественный узловатый эпителиозноклеточный ретикулез.

Отдельные проявления синдрома были описаны английским хирургом Hutchinson I. в 1877 г., французским дерматологом Besnier E. в 1889 г., норвежским врачом Moeller-Boeck C P. в 1899 г. Как самостоятельное заболевание с разнообразными симптомами описано шведским врачом Schaumann J. в 1917 г.

Предполагается связь с туберкулезом, отмечены семейные случаи заболевания. Проявляется увеличением лимфатических узлов (в том числе внутригрудных, что видно на рентгенограмме грудной клетки). На коже лица, сгибательных поверхностях конечностей появляются саркоиды, на носу, щеках, веках, ушных раковинах, тыле и пальцах кистей – озабленная волчанка красно-фиолетового цвета, кожа тестоватой консистенции. Отмечается обратимый иридоциклит, иногда одновременно паротит, СОЭ повышена. Формула крови изменена (моноцитоз, эозинофилия, а также лейко- и лимфопения). Туберкулезные пробы отрицательные. Рентгенологически - в коротких трубчатых костях выявляются признаки болезни Пертеса - Юнглинга, иногда в телах позвонков находят очаги деструкции типа пчелиных сот.

Беньямина синдром (s. Benjamin), анемия Беньямина.

Описана 1911 г. немецким педиатром Benjamin E.

Развивается в раннем детском возрасте. Характеризуется низким ростом, бледностью и пониженным тургором кожи, олигофренией, гипохромной анемией. Наблюдаются также гидроцефалидный череп, гипоплазия мускулатуры, гениталий, дефекты ушей, увеличение селезенки. Рентгенологически - истончение кортикального слоя костей („грацильные” кости).

Берардинелли синдром (s. Berardinelli), эндокринно-обменный синдром, синдром промежуточного мозга, врожденный гипоталамического происхождения гиперпитуитризм, инфантильный акромегалоидный гигантизм, акромегалоидный гигантизм.

Впервые описан бразильским эндокринологом Berardinelli W.B 1954г. Врожденное комбинированное конституционно-гормональное заболевание с гиперандрогенизмом при ускоренном соматотропном развитии. Предположительно рецессивно-наследуемый порок развития промежуточного мозга. Начинается в раннем детском возрасте, проявляется ускоренным ростом по типу акромегалоидного