

Р. А. Зулкарнеев (Казань). Osteogenesis incompleta правой бедренной кости в сочетании с синдактилией пальцев правой кисти

Исправление хирургическим путем у взрослых тех последствий, к которым привело недоразвитие кости на почве неполного остеогенеза, имеет практический интерес.

П., 20 лет, обратился 1/XI-61 г. с жалобами на укорочение правой ноги и хромоту. Болен с момента рождения. В последнее время выполнял работу грузчика. Год назад при поднятии тяжести «что-то хрустнуло в правом колене», и с тех пор появились боли в правом коленном суставе, искривление в нем стало увеличиваться. Наследственность здоровая. В семье еще четверо детей; у братьев и сестер никаких отклонений от нормального развития, по словам больного, нет.

Со стороны внутренних органов патологии не найдено.

Правая половина таза опущена, бедро приведено на 40°, голень отведена на 30°. Мышцы этой конечности слегка атрофичны. Правый коленный сустав деформирован за счет резкого выступания и увеличения внутреннего мышелка. Анатомическое укорочение правой нижней конечности за счет бедра на 12 см, функциональное укорочение равно 20 см. Движения в тазобедренном суставе ограничены в сторону отведения, в коленном движении совершаются в полном объеме, но с характерным для подвывиха голени щелчком. В области правой кисти отсутствует V палец, II—III—IV пальцы спаяны друг с другом («двухпалая кисть»).

Правая бедренная кость в проксимальном эпиметафизе на рентгенограмме атрофична и деформирована по типу coxa vara; костная структура грубо перестроена, в подвертельной области с медиальной стороны корковое вещество утолщено, там же отмечается поперечно идущая светлая полоса, суставная впадина недоразвита; правый коленный сустав деформирован, контуры костей неровные, но четкие, костная структура местами грубо перестроена.

24/XI-61 г. сделана подвертельная остеотомия с фиксацией отломков металлическим штифтом, введенным интермедуллярно. Консолидация наступила через 4 месяца. 20/IV-62 г. сделана надмышелковая остеотомия правого бедра. Консолидация наступила через 3 месяца. После снятия гипсовых повязок больной получал курс физиотерапии. Сохранившееся анатомическое укорочение конечности можно компенсировать ношением ортопедической обуви.

УДК 616.348—002

И. Т. Мальцев (Омск). Пальпаторная диагностика хронического колита

Мы на протяжении многих лет ведем поиски простых, легко выполнимых, широко доступных методов клинической диагностики хронических колитов. Учитывалось и то, чтобы они могли быть вполне надежными в клинической практике. Эти методы мы проверяли на своих больных.

Под нашим наблюдением было 1200 больных хроническим колитом.

Из 1200 больных колит протекал под видом других заболеваний и не был своевременно распознан у 791 (66%).

Из местных симптомов для диагностики колитов наиболее важное значение имеет болезненность при глубокой и средней пальпации по ходу толстого кишечника. Этот симптом отмечен у всех 100% больных хроническим колитом. Пальпация же других органов брюшной полости болезненности не дает даже в том случае, когда больные ощущали боль в проекции этих органов до пальпации (конечно, если нет патологии этих органов). Ниже мы предлагаем три пальпаторных приема для диагностики хронических колитов.

Симптом поворота. Суть этого симптома состоит в следующем.

При положении больного на спине с несколько согнутыми в коленных суставах ногами при наличии диффузного и сегментарного левостороннего или правостороннего колита пальпация соответствующей области по наружному краю прямой мышцы живота вызывает болезненность, особенно на уровне пупка как с той, так и с другой стороны живота. Под пальцами, при наличии колита, часто ощущается оплотневшая, болезненная кишка, особенно отчетливо это бывает слева, чуть ниже и کنارужи от пупка.

При положении больного на боку пальпация той же топографической области в строго сагиттальном направлении пальцев руки исследующего к оси тела больного в абсолютном большинстве случаев не вызывает болезненности, нет ощущения под пальцами оплотневшей и болезненной кишки, как это имело место до поворота больного на бок. Этот симптом при диффузных и сегментарных колитах отмечается в 77%, а при левосторонних колитах — у всех больных. Разумеется, спазм кишки при повороте больного на бок не исчезает, а лишь смещается медиально сама пораженная кишка и под пальцы руки пальпирующего более не попадает. Симптом считается