

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

положительным, если при повороте больного болезненность при пальпации той же топографической области исчезает.

При получении этого симптома рука исследующего при повороте больного не отнимается, а фиксируется в соответствующей топографической области и при таком фиксировании поворачивается больной.

Справа пальпация и фиксирование производятся правой рукой, слева пальпация производится тоже правой рукой, а фиксирование при повороте — левой и этой же рукой в дальнейшем производится пальпация. Когда исчезает болезненность при перемене положения больного, то симптом считается положительным, если же болезненность остается — отрицательным и это обычно указывает на наличие перипроцесса, препятствующего смещению кишечника медиально или же на левосторонний флексурит. Если слегка согнутыми пальцами обеих рук быстро произвести скольжение по области живота больного, расположенной на уровне пупка или чуть ниже его, то под пальцами ощущается оплотневшая, болезненная кишка, а больной испытывает в это время боль, возникающую вследствие колебательного движения газов, вызванную скользким движением и повышением внутрикишечного давления на воспаленную стенку кишечника (симптом скольжения).

Этот симптом при трансверзитах выпадает положительным во всех 100%, а среди общей массы колитов — в 41%.

Если у больного, лежащего на спине, пальцами рук непосредственно над пупком глубоко вдавить переднюю брюшную стенку и оттягивать ее книзу, то больной при трансверзите ощущает боль (симптом тракции). Если при той же глубине погружения пальцев в брюшную полость больного, но в нижней границе мезогастрия и с такой же силой производить тракцию, но только не вниз, а вверх, то боли больной не ощущает. Для получения этого диагностического пальпаторного приема больной должен лежать на спине, а врач — производить тракцию брюшной стенки больного первоначально вниз, затем вверх, начиная в первом случае чуть выше, а во втором немного ниже пупка. Этот симптом тракции был положительным у 303 наших больных, или в 25,2% случаев.

При хронических диффузных и сегментарных колитах, в частности трансверзитах, ангулитах, по наблюдению И. Ф. Лорие и нашим данным, нередко возникает банальный мезаденит; могут иметь место и сопутствующие солляралгии и даже солляриты (И. И. Русецкий). Как в том, так и в другом случае тракция брюшной стенки вниз связана с натяжением брыжейки и раздраженных нервных узлов или же нервных веточек, что и вызывает боль. При тракции вверх сколько-нибудь заметного натяжения брыжейки вызвать не удастся, поэтому боли нет. Иными словами, симптом тракции по механизму своего возникновения в принципе ничем не отличается от симптома Лассега при ишиарадикулах.

Все 4 описанных нами клинических признака приобретают большую диагностическую ценность в своей совокупности, особенно в сочетании с другими признаками, характеризующими общеклиническую картину хронического колита.

УДК 616.833.332

Ф. Ш. Шарафисламов (Казань). Ушно-височный синдром (Фрей)

Ушно-височный синдром проявляется в одностороннем покраснении и обильном выделении пота на коже предвисочной и височной областей во время жевания. Этот синдром возникает обычно после травм или нагноений в области околоушной слюнной железы. Впервые феномен описан Бейярже в 1853 г., в 1923 г. Фрей описала этот синдром у больного после огнестрельного ранения в области околоушной железы. Она дала подробный анализ симптоматике заболевания.

Приводим наше наблюдение.

У М., 1921 г. рождения, в области правой околоушной слюнной железы тотчас ниже и впереди от мочки ушной раковины втянутый рубец $1 \times 1,5$ см. Каждый раз во время еды появляется покраснение и потение в области виска, ушной раковины и части лица с правой стороны. Через несколько минут это потение выражено в резкой степени. Покраснение и потение лица с правой стороны держатся до конца еды и после нее сразу исчезают.

Наиболее полное объяснение механизма ушно-височного синдрома дает теория, предложенная Форд и Вудхол Пейн (Раупе). Они полагают, что этот синдром возникает из-за неправильного направления роста регенерирующих слюноотделительных нервных волокон после их повреждения. Известно, что нервные волокна после их перерезки регенерируют по направлению к дистальному его сегменту. Эти авторы полагают, что после повреждения околоушной слюнной железы слюноотделительные нервные волокна, подходящие к ней в составе ушно-височного нерва, также могут повреждаться. При регенерации некоторые слюноотделительные волокна (или полностью) достигают не околоушной слюнной железы, а потовых желез, направляясь по ходу потоотделительных нервных волокон ушно-височного нерва. При еде, таким об-