

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 скользящим 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 ишиарадикулитах.

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-

разом, слюноотделительный рефлекс передается не только слюнной железой, а также потовым железом области иннервации ушно-височного нерва. Обычно латентный период ушно-височного синдрома с момента повреждения совпадает с периодом регенерации нервных волокон и равняется 1—3 месяцам.

УДК 616.28—616—094

К. Д. Степанов (Казань). Удаление личинок Вольфартовой мухи из уха при помощи хлорофоса

В сельской местности юго-востока Татарии изредка встречаются случаи паразитирования личинок мух в ушном канале человека. Это обычно личинки Вольфартовой мухи (К. Д. Степанов и В. А. Бойко, 1959).

Меры борьбы с этим опасным паразитом сводятся к удалению личинок из уха пинцетом, промыванию хлороформной водой. Личинки чувствительны также к серному эфиру и креолину (Е. Н. Павловский, 1934). Мы применили 1% раствор очищенного хлорофоса, который малотоксичен для теплокровных животных, токсичен для комнатных мух и обладает широким диапазоном действия на различных насекомых (Е. С. Калмыков, 1959; И. Д. Неклесова, 1958).

25 июля девочка 10 лет спала на открытом воздухе, а 27 июля у нее появились очень сильные боли в правом ухе и начали выползать из него «белые черви». В тот же день больная была доставлена в местную больницу. Извлечь пинцетом всех личинок не удавалось, так как они держатся за ткани хозяина ротовыми крючками и множеством шипиков, расположенных по всему их телу. После закапывания в ухо 6 капель 1% раствора очищенного хлорофоса личинки через 3 мин погибли и были легко удалены пинцетом (4 личинки Вольфартовой мухи).

ОБЗОРЫ

УДК 616.151.5

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ

Д. М. Зубаиров

Кафедра биологической химии (зав. — доктор мед. наук Д. М. Зубаиров)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Проблема свертывания крови одинаково интересна для биохимика и врача. Предполагается, что свертывание крови играет решающую роль как при некоторых геморагических диатезах, так при тромбозах и борьбе с ними. Непосвященных пугает та путаница понятий, которая встречается при чтении специальной литературы. Кроме номенклатурных лабиринтов, которые были достаточно запутанными уже в 1940 г. (Вёлиш), современная путаница происходит в связи с недостаточным пониманием некоторыми авторами механизма свертывания крови.

Между истечением крови и внешней простотой появления сгустка лежит длительный процесс скрытого развития. В крови есть не только факторы свертывания, которые начинают, ускоряют, завершают процесс, но и ряд предохранительных приспособлений, ограничивающих свертывание внутри сосудов и растворяющих фибрин.

Главная трудность в исследовании этой проблемы — чрезвычайная ограниченность доступного подхода. Образование фибрина — это единственный феномен, который адекватно может быть использован при экспериментах, за исключением агглютинации тромбоцитов и разложения некоторых искусственных субстратов, пока нет другого физического или химического изменения, которое использовалось бы при изучении свертывания. Все, что известно о гемокоагуляции, получено при наблюдении за образованием фибрина.

Теперь установлено, что полимеризация мономеров фибрина является концом длинной цепи реакций, в которой каждое звено может быть изучено лишь по его действию на конечное сочленение. Чем дальше удалено изучаемое звено от конечного, тем более косвенной будет информация о нем.