

Мышца сердца дряблая, на разрезе тусклая, цвета вареного мяса. Клапанный аппарат гладкий, блестящий, тонкий.

В брюшной полости обширные фиброзные спайки, больше в верхних отделах. Желудок резецирован на $\frac{1}{3}$ с наложением брауновского анастомоза. Печень — 1720,0, дряблая, глинистого цвета. В правой доле узел беловато-желтого цвета, плотный, с распадом в центре в виде крошковидной массы и местами с гнойными расплавлениями. В периферических частях узла встречаются участки округлой формы с фестончатыми краями. Величина узла — 8—10 см. Капсула печени в некоторых местах просвечивает. Селезенка весом 1200,0, дряблая, на разрезе темно-вишневого цвета, дает большой соскок пульсы.

При микроскопическом исследовании печени (доц. Е. Б. Оречкина) обнаружены обширные очаги творожистого некроза, окаймленные грануляционной тканью, преимущественно из эпителиоидных клеток. Встречаются также отдельные гранулемы с характерным для туберкулезного бугорка строением: в центре — казеоз, по периферии — эпителиоидные и гигантские клетки. На фоне крупных очагов казеоза — участки расплавления и очажки петрификации.

Патологоанатомический диагноз: фиброзно-очаговый туберкулез правого легкого, двухсторонняя гипостатическая пневмония; туберкулез печени кавернозной формы, полисерозит; дистрофические изменения в паренхиматозных органах: мутное набухание миокарда, жировая дистрофия печени, застойные почки. Острая гиперплазия селезенки. Кахексия.

Поступила 12 октября 1962 г.

ЗАМЕЩЕНИЕ БОЛЬШОГО ДЕФЕКТА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ ПРИ СВЕЖЕМ ОТКРЫТОМ ПЕРЕЛОМЕ

Доц. Г. С. Самойлов

Кафедра ортопедии и травматологии (зав. — проф. Л. И. Шулуток)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Лечение дефектов на протяжении длинных трубчатых костей является одной из актуальных задач в хирургии опорно-двигательного аппарата. Как известно, замещение таких дефектов большеберцовой кости часто осуществляется аутотрансплантатом спустя длительное время после купирования инфекции и закрытия свищей.

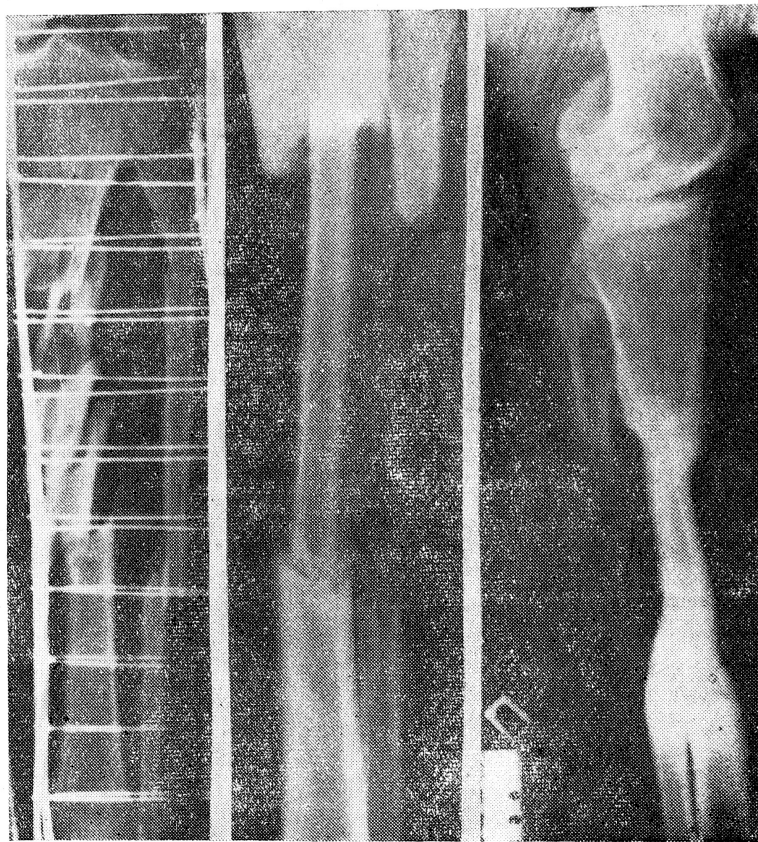
Идея пересадки кости на питающей ножке принадлежит Н. И. Пирогову, который в 1852 г. впервые произвел костно-пластическую ампутацию голени. В последующем, основываясь на этой идее, Гритти, Бир, В. Д. Владимиров, И. Ф. Сабанеев, А. А. Абражанов, С. Н. Делицин и др. предложили ряд оригинальных операций, при которых аутотрансплантат сохранял жизнеспособность благодаря питающей ножке. В 1884 г. Ган при дефекте большеберцовой кости произвел остеотомию малоберцовой кости и дистальный ее конец без нарушения связи с мышцами переместил кнутри для замещения дефекта внедрением в костномозговой канал центрального отломка большеберцовой кости. После образования костной мозоли нагрузка целиком переносится на малоберцовую кость. Несмотря на положительный эффект от такой трансплантации, в дальнейшем нередко возникают растяжение связок тibiофибулярного соединения, опускание наружной лодыжки и варусное положение стопы. Поэтому Гентингтон, Кодвилла и др. предложили замещать дефект в два этапа. В этих случаях, после образования костной мозоли в результате первой операции, вторым этапом производилась остеотомия малоберцовой кости на уровне нижнего края дефекта, и ее центральный сегмент вводился в периферический отломок большеберцовой кости. При больших дефектах большеберцовой кости В. В. Амосова, Ф. Р. Богданов, В. Д. Чаклин и др., после двойной остеотомии малоберцовой кости на уровне дефекта, одновременно перемещали образованный на питающей ножке трансплантат кнутри и внедряли его концы в оба фрагмента большеберцовой кости.

Под нашим наблюдением находился Д., которому замещение дефекта большеберцовой кости произведено в порядке хирургической обработки раны при свежем открытом множественном переломе. При этом замещение дефекта осуществлено с использованием трансплантата малоберцовой кости на питающей ножке. Подобного вмешательства при открытых переломах в доступной литературе мы не нашли.

Д., 18 лет, поступил тотчас после травмы, нанесенной упавшей стрелой подъемного крана. Доставлен в тяжелом шоковом состоянии с установленным на травматологическом пункте диагнозом: открытый многооскольчатый перелом обеих костей правой голени, закрытый перелом правого бедра в нижней трети со смещением отломков, подозрение на разрыв желудка.

На рентгенограмме от 9/IX 1958 г. определяется крупнооскольчатый, сегментарного типа перелом верхней и средней трети большеберцовой кости. На этом же уровне соответственно краям нижнего и верхнего отломков большеберцовой кости определяется двойной перелом малоберцовой кости. При этом длина среднего, промежуточного отломка несколько больше заполненного костными отломками дефекта большеберцовой кости (рис. 1 — а).

На передней поверхности правой голени, начиная от бугристости большеберцовой кости и вниз до границы средней и нижней трети, расположена скальпированного характера рана с кожным лоскутом, длиной около 23—25 см. В ране видны центральный и периферический отломки большеберцовой кости, а в промежутке между ними на протяжении 11—12 см — бессистемно расположенные костные отломки. Рана загрязнена, отломки местами покрыты мазутом.



а б в
Рис. 1. Рентгенограммы голени. Объяснения в тексте.

После выведения больного из шока, через 7 часов после травмы, под ингаляционным наркозом произведены пробная лапаротомия и хирургическая обработка раны правой голени с перемещением малоберцовой кости. Края раны частично иссечены. Удалены разможенные мышечные ткани длинного разгибателя пальцев и передней большеберцовой мышцы. При обследовании костных отломков оказалось, что последние сильно загрязнены и не связаны с надкостницей. При удалении их образовался дефект большеберцовой кости длиной до 11—12 см. Учитывая, что в дальнейшем возникнет необходимость замещения этого дефекта, во время операции принято решение использовать видимую в ране малоберцовую кость. Это было тем более целесообразно, что уровень переломов малоберцовой кости соответствовал уровню дефекта большеберцовой. Окруженный сохранившимися мышцами промежуточный отломок малоберцовой кости вместе с ними был перемещен медиально и после освежения концов плотно внедрен в костномозговые каналы центрального и периферического отломков большеберцовой кости (рис. 1—6). Рана зашита редкими кетгутowymi швами с введением для дренажа двух резиновых полосок. На некоторых участках кожи для оттока раневого секрета и уменьшения натяжения в шахматном порядке сделаны насечки. Конечность фиксирована циркулярной гипсовой повязкой с окном на месте раны.

При одновременной лапаротомии на переднюю стенку желудка наложены швы в связи с обнаруженным разрывом. Ухудшение общего состояния больного не позволило соответствующим образом произвести обработку перелома правого бедра.

В последующем рана на голени заживала вторичным натяжением в течение 50

дней. Увеличение отека заставило разрезать гипсовую повязку по длине, что вызвало некоторое угловое смещение трансплантата.

Через 70 дней после перелома больному произведен интрамедуллярный металлический остеосинтез по поводу неправильно сросшегося перелома правого бедра. Спустя 10 дней после операции начал ходить на костылях и выписался для амбулаторного лечения. Через 7 мес. после перелома в гипсовой повязке нагружает конечность. Фиксация голени гипсовой повязкой осуществлялась в течение 11 мес., после чего больной 6 месяцев носил съемный тугор.

Для осмотра прибыл через 2,5 года после травмы. Ось правой нижней конечности правильная; деформация незначительная; укорочение голени — 2,5 см. Ходит без тугора, полностью нагружая ногу и пользуясь палочкой. На рентгенограмме от 3/II 1961 г. определяется гипертрофия прочно сросшегося трансплантата малоберцовой кости с центральным и периферическим отломками большеберцовой кости, с некоторым угловым расположением в области бывшего дефекта. Между периферическим концом трансплантата и дистальным фрагментом малоберцовой кости образовался мощный костный мостик (рис. 1 — в).

Приведенная история болезни показывает, что даже в условиях открытого перелома и инфицированной раны малоберцовая кость сохраняет жизнеспособность благодаря питающей ножке. Описанная методика может быть применена у некоторых больных при первичной хирургической обработке.

Поступила 20 февраля 1961 г.

ТИАМИН-БРОМИД ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Канд. мед. наук М. Г. Мамиш и Р. Х. Ахунзянова

2-я кафедра госпитальной терапии (зав. — проф. В. И. Катеров)
Казанского медицинского института

И. Я. Раздольский отмечает, что витамин В₁ при язвенной болезни оказывает прекрасное воздействие на болевую синдром. Н. А. Сулимовская, которая проводила клинические наблюдения над действием витамина В₁ у 20 больных с различными заболеваниями внутренних органов, сопровождающимися болями, также отмечает благоприятный эффект в отношении улучшения общего самочувствия и исчезновения болей.

Мы поставили перед собой задачу проследить за влиянием витамина В₁ у больных с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки.

Нами применялся раствор тиамин-бромид по 20—40 мг ежедневно от 10 до 20 внутривенных инъекций на курс. Другое лечение (медикаментозное или физиотерапевтическое) не применялось. Лечилось тиамин-бромидом: с язвой желудка — 18 человек, с язвой двенадцатиперстной кишки — 48. У всех больных при поступлении в клинику имелись выраженные боли в подложечной области, усиливавшиеся после приема пищи через 1/2—2 часа; у некоторых отмечались голодные и ночные боли. Рвота, возникающая на высоте болевого приступа, отмечалась в 75—80%.

Количество примененного тиамин-бромид на курс лечения колебалось от 60—90 до 450—500 мг (35 чел. получили на курс лечения от 100 до 200 мг, 16 — от 210 до 350, 5 — от 360 до 450, 7 — от 460 до 500 и 3 — от 60 до 90 мг. Неблагоприятных реакций от вливаний тиамин-бромид мы не отмечали.

В тех случаях, когда уже после 2—3 вливаний получался хороший эффект, мы применяли на курс лечения 100—300 мг тиамин-бромид. Если же эффект наступал позже, то для закрепления полученного благоприятного эффекта тиамин-бромид применялся до 400 мг. При осложненных язвах (3 больных) положительного эффекта мы не получили.

Действие тиамин-бромид сказалось прежде всего на болях. Исчезли острые боли, связанные с приемом пищи. Причем в подавляющем большинстве (у 53) полное исчезновение болей наблюдалось уже после 2—3 инъекций; у 10 болей исчезли после 4—5.

У 63 больных отмечалось быстрое улучшение общего самочувствия, полное исчезновение диспепсических явлений (рвоты, тошноты, изжоги и запоров).

Из 35 больных, прошедших повторную рентгеноскопию после проведения курса лечения тиамин-бромидом, у 19 ниша исчезла, у 8 отмечено уменьшение размеров ниши, у остальных рентгенологическая картина осталась почти без изменения.

У части больных определялась резервная щелочность плазмы, уровень сахара в крови и концентрация Н-ионов в моче. Нашими исследованиями установлено, что тиамин-бромид оказывает нормализующее действие на кислотность желудочного содержимого, вызывает некоторое понижение уровня сахара в крови, небольшое повышение резервной щелочности в плазме и повышение концентрации Н-ионов в моче.