

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 болевой 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, усиливающиеся 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.