

встречается не только шок, но и прямое повреждение сосудов. Последнее, замедляя местное кровообращение, тем самым усугубляет и без того нарушенное общее кровообращение, которое всегда сопровождает шок. В подобных случаях авторы рекомендуют ингаляцию 100% кислорода как средство не только направленное на борьбу с шоком, но и как средство, дающее возможность сохранить поврежденную конечность.

В течение 8-месяцев авторы посредством особого аппарата дали 100% кислород более чем 800 пациентам без видимых раздражений легких. Обычно они давали 100% кислород непрерывно 48 часов, а затем переходили на 50—70% кислород.

Один из авторов — Мауо — в настоящее время назначает ингаляцию 100% кислорода всем больным немедленно после значительной операции. Ингаляция кислорода в соединении с трансфузией крови в самых тяжелых случаях благотворно действовала на этих больных.

Авторы считают, что употребление 100% кислорода уменьшает послеоперационное вздутие кишечника и ослабляет головные боли. При остром отеке легких ингаляции 100% кислорода очень благотворны.

При многих сердечных болезнях, при различного рода коллапсах, при газовой гангрене и столбняке авторы рекомендуют ингаляции 100% кислорода. Аппарат, посредством которого производят ингаляции 100% кислорода, состоит из маски, регулятора и резервуара. Маска бывает 2-х родов: носовая и носо-ротовая. Маска очень плотно облегает или только нос, или нос и рот.

*Горбатов.*

*Солс. Профилактика и лечение столбняка во время войны.* J. Am. m. Ass. T 115 № 16/VII 69, 1940.

Для профилактики и лечения столбняка в Британской армии применяется как пассивная, так и активная иммунизация каждого солдата. В целях пассивной иммунизации вводится профилактическая доза антитоксина возможно скорее после полученного ранения. Активная иммунизация осуществляется двумя инъекциями формолтоксоида перед выступлением в поход. Значение пассивной иммунизации выявилось в течение прошлой войны. Те немногие больные, у которых развился столбняк после профилактического впрыскивания, обычно обнаруживали удлиненный период инкубации, замедленное развитие болезненных симптомов и, в конечном итоге, выздоровление. Недостатком этого метода является то обстоятельство, что впрыскивание надо производить тотчас после ранения, в некоторых случаях его приходится повторять, причем могут наступить явления сывороточной болезни. Активная иммунизация имеет то преимущество, что ее можно сделать перед выступлением бойца в поход. Вызванное им иммунное состояние, повидимому, продолжается в течение нескольких лет. В качестве нежелательных побочных явлений могут развиваться аллергические реакции, вследствие наличия в препарате следов пептона. Активный метод еще не проверен на достаточном большом числе больных. Антитоксин после ранения вводится в вену в количестве 200000 единиц. Нужна такая большая доза, чтобы нейтрализовать весь нефиксированный токсин и помешать его дальнейшей абсорбции. Обычно не приходится повторять впрыскивания. Только при наличии особо тяжелых инфицированных ран вводится внутримышечно дополнительная доза в 50000 единиц один раз в неделю. Для предотвращения судорог автор советует вводить авергин с амиленгидратом, как при ректальной анестезии. В тяжелых случаях это останавливает судороги в промежуток времени от 4 до 6 часов, после чего следует все снова повторить. В некоторых случаях дозу надо повторять два три раза в день в течение 8 и больше дней. Вместо авергина с амиленгидратом можно вводить ректально паральдегил как при базальной анестезии.

*В. Дембская.*

*Lockwood. Практическое применение сульфпрепаратов при хирургических инфекциях.* J. Am. m. Ass. T 115, № 14, 1940.

Стрептоцид (сульфаниламид) все еще остается препаратом выбора при инфекциях вызванных гемолитическим стрептококком, а также при неспецифической профилактике, потому что: 1) серьезные токсические осложнения при нем редки и тошнота не беспокоит больных, 2) при нем легко можно достигнуть высокой концентрации и поддерживать долго нужную более низкую концентрацию, 3) его можно впрыскивать под кожу в 0,8% разведении и вводить местно в кристаллическом виде. При пневмококковых инфекциях сульфациридин и сульфазол представляются более эффективными. При стафилококковых инфекциях стрептоцид почти не действует, при них наиболее активен сульфатиазол. Полная суточная доза разделяется на 6 приемов при введении через рот и на 4 при парентеральном введении. В первый день, обычно, дается 6—10 г., во второй 5—7 г и в последующее 3 дня 4—6 г. Если клинический ответ неметелся в течение первых 48 часов и по характеру заболевания не придется ждать рецидивов, то лечение можно прекратить на 5-й день. Если реакция