

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

со стороны организма развивается медленно, но все же становится заметной в течение 2-х дней, то лечение можно продолжить на 6—10 дней. Если болезнь хроническая и требует длительного лечения, то сульфпрепарат вводится по 2-4 г в день. В подобных случаях имеется показание к применению азосульфамида или бензилсульфаниламида, которые медленно освобождают сульфаниламидную группу. Если попадет пациент с признаками общей инфекции, но без определенного диагноза, то следует сделать терапевтическую пробу с любым сульфпрепаратом. Если через 48 часов не наметится никакой ответной реакции, то можно притти к заключению, что сульфатерапия здесь бесполезна, а возможно, и противопоказана. *В. Дембская.*

в) Гонорея

Reiouse. *Лечение мужской гонореи.* J. Am. m. Ass. T 114. № 19, 11/V 1940.

В настоящее время всеми признается, что ведущим методом лечения мужской гонореи является химиотерапия. При помощи одного только перорального применения сульфпрепаратов удается вылечить от 25 до 40% диспансерных и от 75 до 80% госпитализированных больных. Сульфпрепараты нередко вызывают ряд токсических явлений. Чтобы их избежать, надо во-время прекратить дачу сульфпрепаратов, т. е. в тот момент, когда станет очевидно, что они перестали оказывать терапевтический эффект. При мужской гонорее благоприятный эффект лечения сульфпрепаратами обычно выявляется приблизительно на 5-й день. Если в каком-нибудь случае к этому времени не наметилось никакого сдвига, то он вряд ли наступит и при дальнейшем введении того же препарата. Пациента, у которого к пятому дню лечения не прошли симптомы острой гонореи, надо рассматривать как рефрактерного к сульфпрепаратам и не следует настаивать на их дальнейшем введении.

В Америке придерживаются следующей дозировки сульфаниламида: по 5 г в течение первых трех дней, по 4 г в следующие 3 дня и 2,5 г в последующие дни. Из местных средств чаще всего применяются: раствор марганцовокислого калия 1:8000, протеинового серебра 5:100, акрифлавина 1:3000 и ляписа 1:5000.

При производстве ирригаций и инстилляций следует иметь в виду следующее: 1) производить их не чаще 1—2 раз в 24 часа; 2) каждая манипуляция в передней уретре вызывает лейкоцитарную реакцию; если последняя длится более чем 1—2 часа, то это указывает на то, что употребленное вещество оказалось чересчур сильным и крепость раствора следует уменьшить; 3) всякого рода химикалии, применяемые в течение слишком продолжительного времени, имеют тенденцию поддерживать выделения из уретры; 4) появление слишком большого количества эпителиальных клеток в уретральном выделении указывает на то, что химический раствор либо очень силен, либо применяется чрезмерно долго; 5) при переднем уретрите растворы не должны попадать в заднюю уретру; 6) если желательно удержать жидкость только в передней уретре, то не следует вводить ее в количестве, превышающем 6 куб. см; 7) если надо ввести жидкость в заднюю уретру, то это надо делать осторожно, под очень малым давлением; 8) обычно степень мутности мочи служила указателем интенсивности инфекции; при лечении сульфпрепаратами моча становится прозрачной при еще имеющих в ней гонококках, так что видимая чистота мочи перестала рассматриваться как признак излечения от гонореи. Критерий излеченности стал значительно более сложным.

Больные, которые повидимому излечились от гонореи после приема сульфпрепаратов, не реагируют на все обычные методы провокации, и гонококк не обнаруживается ими даже в тех случаях, когда он находится в тканях. Мочу, полученную после обычных провокаций, следует отцентрифугировать и промытый осадок окрашивать и рассматривать. Перед мочеиспусканием надо сделать массаж предстательной железы, семенных пузырьков и всей уретры, чтобы собрать и их секрет. Рекомендуется сделать также посев. Сношение можно разрешить только спустя несколько недель после клинического излечения. *В. Дембская.*

Johnson, Leberman а. Perret. *Использование сульфпиридина в лечении гонорейного уретрита у мужчин.* Am. J. Med. Sc. ноябрь, 1939.

80 мужчин с гонореей (острой, подострой и хронической) были подвергнуты лечению сульфпиридином. Излечение проверялось после того, как моча становилась прозрачной, через 4—6 дней после прекращения лечения; применялись: 1) массаж простаты и семенных пузырьков, 2) бужирование с массажем передней уретры на буже, 3) алкоголь, 4) половой акт в кондоме, 5) один или два культуральных исследования сока простаты. Из 80 больных до конца прослежены 63. Сульфпиридин назначался по 3,0—4 дня, затем по 2,0 в течение 6—10 дней. Из 19 больных, резистентных к другим сульфпрепаратам, 13 (68,4%) были излечены сульфпиридином. Сульфпиридин является лучшим сульфпрепаратом при гонорее. *А. Д.*