

Kugelmass. *Лечение васкулярной пурпуры витамином Р*. J. Am. m. Ass. T 115, № 7, 17-VIII 1940.

Витамин Р был впервые описан Сцент-Гиорги как регулятор сосудистой проницаемости. Он был изолирован в кристаллическом виде как флавоно-глюкозид из сока лимона и назван цитрин. Он состоял из смеси двойного рода кристаллов глюкозида гесперидина и глюкозида эриодиктола. Первый преобладает количественно в цитрине, от второго же зависит химическая реакция и цвет продукта. Глюкозид эриодиктола образуется из гесперидина во время созревания цитрусовых плодов путем деметилизации. Цитрин образует светло-желтые кристаллы, трудно растворяющиеся в воде и легко в щелочах.

Кристаллы цитрина состоят в главной массе из трудно растворимого гесперидина. В растворах же преобладает легко растворяющийся глюкозид эриодиктола. Оба глюкозида хорошо переносятся организмом в дозе нескольких сот миллиграммов. Выделяются мочей.

Флавоны принадлежат к классу естественно встречающихся желтых пигментов. Пигменты находятся в растениях в виде глюкозидов, сочетаясь с молекулой сахара.

Роль глюкозидов в растениях сводится к тому, что они удерживают в инертном состоянии субстанции, обладающие большой физиологической активностью, до тех пор пока они не понадобятся для осуществления специфического метаболизма или для обезвреживания образующихся ядовитых веществ.

Резистентность капилляров человека меняется с возрастом и с состоянием его питания. В течение первых недель жизни ребенок обнаруживает наибольшую степень капиллярной резистентности, доходящую до 500 мм ртутного столба. С возрастом она постепенно ослабевает и у взрослого человека равняется 150 мм. Намечаются вариации в различных областях тела. Обычно наименьшая резистентность обнаруживается на голове, наибольшая на конечностях. Капиллярная резистентность может быть измерена турникетом, градуированным насасыванием и положительным давлением. Если пятна кожной пурпуры не появляются спонтанно, то их можно вызвать одним из этих способов. Наиболее точным является метод отрицательного давления. Однако он мало разработан, и на практике чаще применяется положительное давление. Пониженная резистентность определяется количеством лопнувших капилляров под влиянием стандартного давления турникета, в течение 5 минут.

При васкулярных геморрагических заболеваниях капиллярный тонус всегда бывает понижен, и кровь выступает из капиллярного ложа под влиянием давления, травмы, авитаминоза, инфекции и др.

Влияние желтых красок из группы флавонов на восстановление пониженной резистентности поврежденных капилляров было испытано в случаях васкулярных геморрагических заболеваний с ненарушенной свертываемостью крови. Предварительные опыты показали, что цитрин несколько не изменяет концентрации агентов, играющих роль при свертывании крови: фибриногена, протромбина, пластинок ни у нормальных детей, ни у тех, которые страдают геморрагическим диатезом. Препарат был приготовлен из апельсиновой корки по способу Сцент-Гиорги. Раствор, содержащий 50 мг цитрина на 1,0 флавона, давался через рот в дозе 150 мг.

Автор провел на этом лечении двух детей с аллергической пурпурой, одного с инфекционной и одного с пурпурой на почве пониженного питания — с положительным результатом. В трех случаях механической пурпуры оно оказалось не эффективным.

В. Дембская.

б) Детские болезни

Сагеу. *Применение сульфаниламида и его дериватов в детской практике*. J. Amm. Ass. T. 115 № 11, 14-IX 1940.

Химиотерапия сульфанипрепаратами нашла широкое применение в педиатрии при: 1) и инфекциях, вызванных бета-гемолитическим стрептококком: 2) При роже у детей до 2 лет смертность снизилась с 35% до 5%. Препаратом выбора здесь является стрептоцид (сульфаниламид) в виду его легкой абсорбции. 3) Заболевания верхних дыхательных путей, если они вызваны бета-гемолитическим стрептококком, хорошо поддаются лечению сульфаниламидом. Он действует и профилактически, предупреждая развитие мастоидита. Сульфациридин и сульфатиазол действуют одинаково хорошо при этой группе инфекций. 4) Бронхит, пневмония и эмпиема; препаратом выбора тут является сульфатиазол, в виду того, что нередко приходится иметь дело со смешанной инфекцией — пневмококками и стафилококками. Он укорачивает течение болезненного процесса и предупреждает переход его на другое легкое. 5) При септицемии применяется как сульфаниламид, так и сульфациридин и сульфатиазол. 6) Скарлатина — в настоящее время наилучшим методом лечения скарлатины является комбинация анти-

токсина, либо введение крови реконвалесцентов с сульфпрепаратами. Они не действуют на токсические состояния, но сдерживают распространение бета-гемолитического стрептококка и тем снижают количество вызываемых им осложнений. Наиболее подходящим препаратом тут является сульфаниламид (стрептоцид), хотя сульфидин тоже дает хорошие результаты. 5) При менингите, вызванном бета-гемолитическим стрептококком, отмечено снижение смертности под влиянием сульфатерапии со 100% до 15%. Надо с самого начала проводить интенсивную терапию через рот, парентерально и интрадурально. Тут наиболее подходящим препаратом является сульфаниламид (стрептоцид) ввиду его максимальной диффузibility. Сульфазол следует избегать, так как его концентрация в спинномозговой жидкости весьма невелика — не больше 10—30% концентрации присущей другим жидкостям тела. 6) Остеомиелит — если он стрептококкового происхождения — хорошо поддается химиотерапии. Результат бывает трудно предвидеть, однако в острых случаях при начавшейся септицемии процесс скорей локализуется и лихорадка сдает. В некоторых хронических случаях удавалось добиться излечения при помощи химиотерапии. 7) Перитонит — химиотерапия сочетается с хирургическим вмешательством.

II. Инфекции, вызванные зеленеющим стрептококком: 1) при подостром бактериальном эндокардите наступает некоторое улучшение общего состояния, и бактерии исчезают из крови. На основной патологический процесс препарат не оказывает влияния. 2) Септицемия: стрептоцид и сульфидин одинаково хорошо приводят к стерилизации крови.

III. Пневмококковые инфекции. 1) При лечении пневмококковой пневмонии в детском возрасте сульфпрепараты имеют несомненное преимущество перед сывороточным лечением, во-первых потому, что в детской мокроте труднее бывает определить тип пневмококка, чем у взрослых, во-вторых, весьма трудно бывает осуществить внутривенное введение сывотки у маленьких детей. Во всяком случае наилучшие результаты были получены от комбинации сульфидина, сульфазола и сывотки. В одной группе пациентов в течение года производилась кожная проба с типспецифичным капсулярным углеводом. Было замечено, что кожная реакция после химиотерапии получалась нерегулярно; часто она была отрицательной, несмотря на хороший клинический результат. У 6 пациентов этой группы, леченных сульфидином, наступил возврат того же типа пневмонии через 2—3 недели после выздоровления.

2) При уже развившейся пневмококковой эмпиеме сульфатерапия не дает заметных результатов. Однако необходимо давать сульфидин или сульфазол при наличии фокусов пневмонии в другом легком.

3) Средний отит лучше поддается сульфидину и сульфазолу, чем сульфаниламиду.

4) Менингит; как только обнаружен пневмококк, надо давать сульфидин через рот, кроличью сывотку внутривенно и сывотку и комплемент интрадурально.

5) При перитоните, ввиду частого сочетания нескольких смешанных инфекций, до установления бактериологического диагноза надо давать попеременно разные препараты; так, например, при бета-гемолитическом стрептококке лучше действует стрептоцид, при пневмококке же — сульфидин.

IV. Гонококковая инфекция. 1) офтальмия новорожденных; химиотерапия низвела до нуля осложнения и снизила период госпитализации с 28,5 до 5,8 дней. Стрептоцид и сульфидин дали одинаково хорошие результаты. 2) Вульвовагинит; сульфидин дает лучшие результаты, чем стрептоцид, особенно в сочетании с эндокрино-терапией.

V. Стафилококковая инфекция. Ни стрептоцид, ни сульфидин не дали хороших результатов при стафилококковых заболеваниях. От сульфатиазола был получен благоприятный эффект при кожных стафилококкозах, при стафилококковой пневмонии и септицемии.

VI. Заболевания мочевого тракта. Здесь сульфпрепараты с успехом вытеснили все прочие средства, кроме миндальной кислоты. 1) Колибациллярные инфекции; стрептоцид при них оказался более эффективным, чем сульфидин. Надо, чтобы его концентрация в моче достигала 75—150 мг. 2) Протеус; хорошо действует стрептоцид и сульфазоль. Моча при этой инфекции принимает резко щелочную реакцию. 3) Фекальный стрептококк. Ни стрептоцид, ни сульфидин не оказывают никакого влияния. Раньше миндальная кислота была единственным эффективным средством, теперь с успехом применяется сульфазол.

VII. Трахома. Хорошие результаты были получены от стрептоцида.

Противопоказания к химиотерапии. Ревматизм; под влиянием стрептоцида наблюдались обострения процесса. Дифтерия; стрептоцид действует бактериостатически на бацилл дифтерии, но несколько не ослабляет действия его токсинов. Если его дать до обнаружения возбудителя, то можно пропустить благоприятный момент для введения анитоксина.

При болезнях, вызываемых фильтрующимся вирусом, сульфпрепараты не дают надежных результатов.