

Рефераты

а) Терапия.

Willien. Лечение менингококкового менингита сульфаниламидом (стрептоцидом). (J. Am. m. Ass. T. 110, № 9, 28/II, 1938). Автор подверг лечению стрептоцидом менингококковый менингит у 5 пациентов в возрасте от полутора до 26 лет. Вначале он вводит под кожу насыщенный раствор 0,8% сульфаниламида из расчета 0,05 на килограмм веса. Затем медикамент вводится по 1,0 через каждые 4 часа днем и ночью. После наступления клинического излечения, подтвержденного лабораторными анализами спинномозговой жидкости, следует давать сульфаниламид еще в течение 10 — 15 дней, имея ввиду, что он действует не бактерицидно, а лишь бактериостатически, так что есть основание опасаться рецидива, что и пришлось автору наблюдать в одном случае.

Дембская.

Flake и Sagey. Сульфаниламид при стрептококковых инфекциях. (New England J. Med., T. 21, 23/XII 1937). Авторы применяли сульфаниламид и его дериваты при заболеваниях среднего уха и мастоидитах, вызванных бета-гемолитическим стрептококком. Под их наблюдением были три пациента с менингитом, один со стерильным менингитом, один с перисинуозным абсцессом и септиемией и один с постскарлатинным мастоидитом. В детской практике авторы придерживались следующей схемы лечения: через рот начальной дозой сульфаниламида было 0,6 на каждые 20 фунтов (8 кг), затем следовала так называемая поддерживающая доза в 0,5 на фунт веса в сутки, разделенная на 4 — 6 приемов. Внутримышечно впрыскивался 2,5% раствор прнтозила по 1 см³ на фунт веса в течение 24 часов; суточная доза делилась на 4 — 6 порций. Под кожу вводился сульфаниламид 0,8% в физиологическом растворе поваренной соли в количестве 100 см³ на каждые 20 фунтов веса, затем следовали поддерживающие инъекции по 100 см³ на каждые 40 фунтов веса, повторяемые через 8 — 12 часов. Интралиумбально сульфаниламид вводился 0,8% в физиологическом растворе соли в количестве на 5 — 10 см³, меньше, чем извлеченная спинномозговая жидкость 1 — 2 раза в день, смотря по состоянию больного. Сульфаниламид давался в таблетках через рот во всех тех случаях, где не было к этому противопоказания (тошноты и рвоты). В противном случае раствор прнтозила или сульфаниламида вводился парентерально. При вышеизложенной дозировке концентрация сульфаниламида в крови достигала 10 — 15 мг % (метод Маршала). Все вышеперечисленные пациенты поправились без всяких осложнений.

Дембская.

Stewart, Rourke и Allen. Экскреция сульфаниламида (стрептоцида). (J. Am. m. Ass., T. 110, № 24, 4/VI 1938). Авторы выбрали группу людей, свободных от сердечно-сосудистых, почечных и печеночных заболеваний, и стали давать им сульфаниламид в течение 3 — 6 дней. К каждой дозе сульфаниламида прибавлялась сода в количестве, равном трем четвертям ее. 6 часов спустя после последнего приема сульфаниламида делались анализы мочи натощак в два приема. В течение первых двух-трех часов пациент воздерживался от питья, в последующие часы он вводил жидкости столько, сколько мог выдержать без неприятного чувства напряжения, обычно от 50) до 1100 см³. Определялось количество мочи, выделенное в течение первого и второго периода. Во второй период ее выделялось значительно больше. Анализы мочи производились ежедневно, пока не исчезли из нее последние следы сульфаниламида. Определялся как свободный сульфаниламид, так и его ацетилированная или конъюгированная форма, по методу, разработанному Маршалом. Общее количество сульфаниламида, выделяемого мочой, достигало 92%. У одного больного имелся профузный понос. Однако это нисколько не отразилось на количестве сульфаниламида, выделяемого мочой. Сульфаниламид очевидно выводится почти исключительно почками, и потому его надо употреблять с величайшей осторожностью при наличии почечной недостаточности. Желудочнокишечным каналом сульфаниламид абсорбируется почти полностью. С калом, даже при поносе, выделяются лишь весьма ничтожные количества его. Авторы обращают внимание на широкие колебания сульфаниламидного зеркала крови у различных пациентов при одной и той же дозировке медикамента, рассчитанной на кило-

грамм веса. Поэтому при интенсивном лечении сульфаниламидом они считают необходимым производить частые повторные анализы крови. Интересно, что ацетилированный сульфаниламид гораздо скорее уходит из крови, чем свободный. Где происходит ацетилирование сульфаниламида в организме, еще не выяснено. Ацетилированный сульфаниламид представляет собой молекулу иного порядка, чем свободный, поэтому, возможно, что его реабсорпция почечными канальцами происходит более медленным темпом. При наступившем диурезе происходит усиленное выделение как свободного, так и ацетилированного сульфаниламида. Из этого вытекает, что труднее поддержать надлежащую концентрацию сульфаниламида в крови при обильном выделении мочи. Однако, имея ввиду важную роль почек при сульфаминовом обмене, обильное мочеотделение представляется желательным. Авторы попутно обратили внимание еще на следующее обстоятельство: собирая мочу у одного больного в период поддержания от воды, они отметили образование нерастворимого конкремента во введенном на продолжительное время катетере, он образовался вследствие кристаллизации сульфаниламида, в особенности в его ацетилированной форме. Растворимость сульфаниламида в воде при комнатной температуре несколько меньше чем 0,8%, при температуре тела она подымается до 1,1%. Ацетилированный сульфаниламид еще менее растворим. Концентрация сульфаниламида в моче приблизительно соответствует этим цифрам. Авторы замечали в некоторых случаях образование осадка из ацетилсульфаниламида в свежевыпущенной моче. При температуре тела моча обладает большей способностью удерживать его в растворенном виде, однако этим не исключается возможность образования камней в мочевых путях и блокада почечных канальцев при введении больших доз сульфаниламида и при незначительном мочеотделении.

В. Дембская.

Mull a. Smith. *Влияние сульфаниламида (стрептоцида) на способность поглощения кислорода кровью* (J. Am. M. Ass. T. 110, № 6, 51, 1938). Авторы приводят историю болезни пациентки 21 года, у которой под влиянием стрептоцида не только развился цианоз, но и обнаружилось понижение способности крови поглощать кислород. Больная получала сульфаниламид по поводу родильной горячки в весьма умеренных дозах. Цианоз развился почти в самом начале лечения. Исследование, сделанное по методу Ван Слейка и Нейля обнаружило заметное снижение способности крови к поглощению кислорода. Кровь приобрела своеобразный оттенок. Под влиянием аэрации она не могла достигнуть того яркого цвета, который свойственен крови, нормально насыщенной кислородом. Спектроскопический анализ не обнаружил полос поглощения соответствующих мет-или сульфгемоглобину. Больная поправилась после того, как ей было сделано переливание 450 см³ крови.

Дембская.

KruH. *Лечение алкогольной интоксикации.* (Münch. m. Woch. T 84 10. XII. 1937 г.) Пациенту, находящемуся в бессознательном состоянии после поглощения больших количеств алкоголя, автор ввел внутривенно 5 см³ 25% раствора диэтиламина пиридин-бетакарбоновой кислоты, в расчете на ее стимулирующее действие на кровообращение. Вскоре после этого больной стал двигаться, дыхание его сделалось более углубленным и пульс более правильным, исчезли симптомы стаза и цианотическая окраска лица. Спустя полчаса больному было сделано еще два добавочных вливания 5 см³ вышеупомянутого раствора, после чего он смог встать и пойти. Ободренный успехом автор стал применять этот метод лечения и в других аналогичных случаях. В общей сложности он никогда не вводил более 20 см³ раствора диэтиламина пиридин-бетакарбоновой кислоты, хотя в литературе упоминается о впрыскивании значительно больших доз при отравлении гипнотическими средствами. После ее введения пациент начинает чихать вследствие раздражения слизистой оболочки носа, через которую происходит выделение.

Дембская.

H. Zeiss. *Борнгольмская болезнь (Myalgia acuta)*. Med. Welt 29. 32. 33, 1926. (Борнгольм—датский остров на Балтийском море). Это описанное Syloest'ом обще-лихорадочное заболевание выражается внезапно наступающими болями в мышцах туловища, реже в мышцах конечностей, сильнейшей головной болью, икотой, рвотой, запором, в то время как во внутренних органах объективно нельзя найти никаких отклонений от нормы.

Нередко при этой болезни еще отмечается воспаление мошонки. Прогноз в общем благоприятный. Формула крови при этой болезни, в противоположность многим схожим болезням,—нормальная. Болезнь эта наступает часто в разгаре