

трода — 200 см²) накладывали на область желудка поперечно. Активный электрод соединяли с положительным полюсом при повышенной секреторной деятельности желудка и с отрицательным — при секреторной недостаточности. Больные с повышенной секреторной деятельностью желудка получали в течение минуты двухфазный фиксированный ток (Df) с частотой 100 колебаний в сек., который сменялся одномоментным воздействием однофазного фиксированного тока (Mf) с частотой 50 колебаний в сек. Такое чередование токов производили 4—5 раз. Следовательно, процедура длилась 8—10 мин. Больные с секреторной недостаточностью получали в течение 1 мин. двухфазный фиксированный ток, а затем модулированный длинными периодами (Lp) в течение 6 мин. Сила тока в зависимости от чувствительности больного колебалась от 3 до 6 ма (однофазный фиксированный ток), от 6 до 15 ма (двухфазный фиксированный) и от 3 до 9 ма (модулированный длинными периодами).

Для лечения диатермией использовали аппарат типа УДЛ-350. Применяли поперечную методику (площадь активного электрода — 200 см²) с силой тока 1—1,2 а при повышенной секреторной деятельности и 0,5—0,6 а при секреторной недостаточности. Продолжительность процедуры — 20 мин.

Парафин с температурой 55—60° накладывали на область желудка и поясницы на 20 мин.

Курс лечения каждым из вышеуказанных физических факторов состоял из 10—12 процедур, осуществляемых ежедневно. Все больные соблюдали соответствующую диету по Певзнеру и не получали никаких медикаментов.

В результате диадинамотерапии у больных с повышенной секреторной деятельностью (I подгруппа) наблюдается статистически достоверное снижение количества желудочного сока ($P < 0,01$ в I и II фазы секреции), дебет-часа свободной HCl ($P < 0,02$ в I и II фазы) и средней пептической активности ($P < 0,02$ в I и II фазы). У больных с умеренно сниженной секреторной недостаточностью (III подгруппа) отмечается достоверное повышение количества желудочного сока в обеих фазах секреции ($P < 0,05$), дебет-часа свободной HCl ($P < 0,05$ в I и II фазы) и средней пептической активности ($P < 0,05$ в I и II фазы). Во II подгруппе больных (с нормальными показателями секреторной деятельности желудка) статистически достоверных изменений не наступило. У больных с резко выраженной секреторной недостаточностью (IV подгруппа) достоверного повышения основных показателей секреции ни в одну из фаз пищеварения не получено.

При лечении диатермическим током статистически достоверные изменения получены только у больных с умеренно выраженной секреторной недостаточностью (III подгруппа).

ВЫВОДЫ

Диадинамические токи, направленность которых регулируется в зависимости от исходного функционального состояния желудка, оказывают нормализующее влияние на основные функции желудка (секреторную, кислотообразующую, пепсинообразующую, эвакуаторную и моторную) и являются весьма эффективным средством при лечении больных хроническим гастритом.

Диатермия и аппликации парафина как по клиническому эффекту, так и по показателям секреторной деятельности желудка уступают действию диадинамических токов. Диатермия улучшает эвакуаторную функцию и оказывает стимулирующее влияние на пониженную секреторную деятельность желудка.

Парафиновые аппликации нормализуют эвакуаторную функцию желудка и угнетают повышенную секреторную и пепсинообразующую функции.

В связи с этим целесообразно применять диадинамические токи в комплексной терапии больных хроническим гастритом с различной секреторной деятельностью желудка. Аппликации парафина можно рекомендовать для больных с нарушенной эвакуаторно-моторной функцией и повышенными показателями секреции, диатермию — для больных с секреторной недостаточностью.

Диадинамические токи, диатермия и парафиновые аппликации малоэффективны при резко выраженной секреторной недостаточности (атрофический гастрит).

УДК 618.191

ЛЕЧЕНИЕ ТРЕЩИН СОСКОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПИТУИТРИНА Р

Т. Г. Тертерова

Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения Грузинской ССР

Среди факторов, обуславливающих развитие маститов, ведущее место занимают трещины сосков, как главные входные ворота инфекции.

Немаловажным моментом в развитии инфекции в лактационном периоде молочной железы является и застой молока, возникновению которого способствуют опять же трещины сосков из-за резкой болезненности кормления и сцеживания молока.

Мы применяли при трещинах сосков мазь «Рагадесан». Ее наносят на трещину соска и оставляют его открытым в течение 20 мин. Смазывание повторяется после каждого кормления и сцеживания молока. С целью усиления молоковыведения мазевому лечению предшествует подкожное введение питуитрина Р в количестве 1 мл (3 ед. окситоцина). Необходимо строго соблюдать все санитарно-гигиенические правила, проводить дыхательную гимнастику, аэрацию молочных желез. Женщины должны быть обучены правильной технике кормления ребенка и ручного сцеживания молока. Во всех случаях отдавалось предпочтение ручному сцеживанию, так как при пользовании молокоотсосом сильно растягивается сосок и углубляются имеющиеся трещины. Кроме того, ручное сцеживание менее болезненно.

Указанному комбинированному лечению по поводу трещин сосков были подвергнуты 224 родильницы, из них до лечения питуитрин Р был введен 215.

По интенсивности поражения мы различали трещины 3 степеней (по классификации Е. С. Павловой). Трещины I ст. были у 154 (68,75%), II ст. — у 51 (22,77%) и III ст. — у 19 (8,48%).

Заживление трещин во всех случаях происходило без образования корочек. Воспалительный процесс окружающей ткани (отек, гиперемия), а также кровоточивость и боли во время кормления быстро исчезали, что дало возможность не отстранять детей от груди. Болеутоляющий эффект был отмечен у 217 (96,88%) женщин. Заживление трещин I ст. наступило в 100%, причем наибольшее число их (83,77%) зажило на 1—2-й день лечения. Наибольшее число трещин II ст. (85,71%) зажило на 3—5-й день лечения, III ст. — на 5—7-й день. Средняя продолжительность лечения трещин I ст. оказалась равной 1,8 дня, II ст. — 4,3 дня и III ст. — 6,2 дня, а общая средняя продолжительность — 2,2 дня.

Лечение дало положительный эффект в 93,75% и частичный в 5,36%; в 0,89% эффекта не было.

Как уже упоминалось, 215 женщинам до мазевого лечения вводили питуитрин Р. Из них к моменту лечения нагрубание молочных желез отмечалось у 112 (52,09%), причем с повышенной температурой — у 9 (8,36%). Через 2—3 мин. после введения питуитрина Р у 60,93% родильниц наблюдался самостоятельный отток молока каплями.

После введения питуитрина Р в тех случаях, где было возможно, хотя и с болями, грудное кормление, дети лучше брали грудь, а в тех случаях, когда из-за мучительных болей не было возможно прикладывать детей к груди, отмечена значительно более легкая сцеживаемость молока. Молочные железы спустя 4—24 часа делались мягкими и безболезненными, молоко легко сцеживалось у 205 (95,35%) женщин, и только у 10 (4,65%) пришлось повторить введение питуитрина на следующий день. Позднее нагрубание молочных желез отмечено у 5 женщин (3,35%), начинающийся мастит — у 2. Таким образом инъекция питуитрина дала положительный эффект в 96,74%.

Сочетанное лечение трещин сосков мазью и введением питуитрина Р позволило снизить частоту лактационных маститов до 0,89% и свести к нулю частоту гнойных.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТИЛУРАЦИЛА (МЕТАЦИЛА) В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Е. А. Егоров

Кафедра глазных болезней (зав. — проф. А. П. Нестеров) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Метилурацил (2,6-диокси-4-метил-пиримидин) синтезирован в 1946 г. Р. С. Карлинской. Это белый кристаллический порошок, плохо растворимый в воде (в холодной до 0,6%, в горячей до 1—2%); при охлаждении он выпадает в осадок. При стерилизации раствор не разлагается.

Первые же испытания препарата показали его выраженное влияние на репаративную регенерацию. Механизм действия метилурацила состоит в ускорении синтеза нуклеиновых кислот, следовательно, в ускорении синтеза белка. Но стимулируя процесс регенерации, метацил не является его инициатором, эту роль выполняют другие вещества. Нужно также отметить, что препарат, несколько ускоряя физиологическую регенерацию, совершенно не действует на неповрежденные ткани. Помимо этого, он обладает противовоспалительным, главным образом противоэкссудативным действием, предохраняя тем самым поврежденные ткани от некроза, что имеет важное значение для последующей регенерации. Препарат повышает устойчивость организма к действию облучения. Эти стороны действия метилурацила, а также его необычайно малая токсичность привлекли к нему внимание клиницистов.

Получены вполне удовлетворительные результаты при лечении метилурацилом больных с различными формами лейкопении, а также с длительно не заживающими трофическими язвами, больных дизентерией, пневмонией, язвенной болезнью и другими заболеваниями.