

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, больших дизентерией, пневмонией, язвенной болезнью и другими заболеваниями.

Сообщений о применении препарата в клинике глазных болезней не было, за исключением экспериментальной работы о влиянии метацила и АКТГ на репаративную регенерацию эпителия роговицы кролика.

В нашей клинике препараты метилурацила применяют с 1965 г. Экспериментальные исследования, проведенные на кроликах, показали, что метилурацил оказывает выраженное стимулирующее действие на репаративную регенерацию роговицы. Наиболее эффективны мазевые формы, в частности 10% мазь. Применение мази не вызывало раздражения глаз.

В клинической практике метилурацил применяли в виде 10% мази на ланолине при различных видах поверхностных кератитов, ранах роговицы и склеры. Мазь закладывали за веки 3—4 раза в день. Часть больных получала метилурацил внутрь по 0,5—4 раза в день. Наш опыт показал, что метацил ускоряет заживление эрозий, язв и ран роговицы и склеры. Под его влиянием процесс репаративной регенерации шел быстрее и образующиеся на месте дефектов помутнения роговицы были тоньше и прозрачней. Никаких побочных явлений от применения препарата не наблюдалось. У нас создалось впечатление, что препарат обладает и некоторым противовоспалительным действием, так как у многих больных отмечалось уменьшение болезненных явлений, слезотечения и инъекции глазного яблока.

Опыт клиники позволяет рекомендовать метацил для лечения больных с заболеваниями и травмами роговицы и склеры.

## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.12 — 007.2 — 612.015.1

**И. И. Евнина, Э. И. Ивашкевич, Н. И. Кремлев, Л. Д. Волосова и Н. Н. Аверко**  
(Новосибирск). Активность холинэстеразы крови при врожденных и приобретенных пороках сердца

Учитывая важную роль нейрогуморальных механизмов в развитии процессов адаптации при хронической гипоксии, мы решили исследовать активность истинной холинэстеразы при приобретенных и врожденных пороках сердца, ведущим симптомом в клинической картине которых является хроническое кислородное голодание.

Обследовано 334 больных, находящихся на лечении в клинике, из которых 119 страдали приобретенными и 215 — врожденными пороками сердца. У всех больных приобретенными пороками сердца был диагностирован митральный стеноз (у 62 — III ст., у 52 — IV ст. по классификации Е. Н. Бакулева и Е. А. Дамир, 1958). У 138 больных врожденными пороками сердца были диагностированы пороки бледного типа (НАП, ДМПП, ДМЖП) и у 77 — цианотический порок (тетрада Фалло). Больные врожденными пороками бледного типа разделены на группы с неосложненным и осложненным течением заболевания. У последних при зондировании полостей сердца и магистральных сосудов была выявлена гипертензия в системе малого круга кровообращения. По тяжести состояния больные тетрадой Фалло разделены на две группы — со среднетяжелой и тяжелой формой заболевания.

В литературе имеются указания на определенную возрастную динамику активности холинэстеразы, однако они весьма разноречивы. Большинство авторов отмечает, что самая высокая активность холинэстеразы наблюдается в раннем возрасте, а затем этот показатель постепенно снижается. В то же время Л. Г. Мамыкина (1966) и М. Д. Подильчак (1967) обнаружили наиболее низкую активность фермента у детей до 3 лет, а с возрастом она повышалась.

Мы сочли целесообразным в качестве контроля обследовать 12 здоровых взрослых и 60 детей различного возраста.

Активность холинэстеразы определяли в капиллярной крови по методу Флейшера и др. (1954) в модификации М. М. Эйдельман (1963). Полученные данные обработаны статистически. Установлена зависимость между активностью холинэстеразы и возрастом лиц контрольной группы: так, наиболее низкая активность фермента (в пределах 1,83—2,25 молей) выявлена у детей в возрасте до 3 лет.

При приобретенных пороках сердца наблюдалось снижение активности холинэстеразы на 20% по сравнению с нормой, выраженное в равной мере для III и IV ст. митрального стеноза.

Для изучения зависимости активности холинэстеразы от функционального состояния гипотизарно-надпочечниковой системы мы провели нагрузку АКТГ у 19 больных митральным стенозом. Больным вводили цинк-АКТГ пролонгированного действия в количестве 40 ед. внутримышечно однократно. Кровь брали через 4 часа, что, со-