

2. В остром периоде инфаркта миокарда и при затяжных болевых приступах стенокардии применение леморана *per se* малоэффективно, комбинация же его с морфином может усилить обезболивание, что позволяет уменьшить дозу морфина и ослабить свойственные ему побочные реакции.

3. Применение обычных доз леморана внутрь побочными реакциями не сопровождалось. При подкожном введении высшей разовой дозы (0,003) у отдельных больных отмечались головокружения, сухость во рту, тошнота, однократная рвота. Снижение разовой дозы уменьшало частоту побочных реакций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнян Г. С. Болеутоляющее средство леморан. Медицинская промышленность СССР. 1961, 5. — 2. Кечкер Л. Х., Глезер Г. А. Рецептурный справочник по кардиологии. Медицина, М., 1964.

УДК 616.12—008.46—616.63

ОЦЕНКА ДЕЙСТВИЯ РЯДА ДИУРЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Т. М. Орешков

Кафедра госпитальной терапии (руководитель работы — доц. Л. А. Лещинский)
Ижевского медицинского института

Широко известные ртутные диуретические препараты меркузал, новурит и др. иногда вызывают токсические и аллергические реакции. К тому же вводятся они главным образом парентерально.

В последнее время у нас и за рубежом были получены новые мочегонные средства (фонурит (диакарб), гипотиазид, дисалунил и др.), применяющиеся перорально и почти не вызывающие побочных явлений.

Под нашим наблюдением находилось 90 мужчин и 29 женщин. 86 больных было в возрасте от 40 до 60 лет.

Все больные находились на диете с ограничением поваренной соли (стол № 10 по Певзнеру).

Мочегонное действие фонурита изучалось у 32 больных, из них легочно-сердечная недостаточность была у 13, атеросклеротический кардиосклероз — у 8, гипертоническая болезнь II ст. — у 10, ревматический порок сердца — у одного. Почти у всех больных имелись пастозность или отеки ног и поясничной области, увеличение печени (от 4 до 6 см).

Перед назначением фонурита у больных в течение 2—4 дней определялось суточное выделение мочи с целью установления его исходного уровня.

Больные получали фонурит в течение 4 дней подряд: в первые два дня по 250 мг, а в последующие дни — по 500 мг в сутки. Каждому больному назначали один или два курса лечения, перерыв между которыми составлял 4—5 дней.

В результате лечения фонуритом значительный диуретический эффект был получен у 14, хороший — у 11, слабый — у 4 больных; диурез не изменился после приема препарата у 3.

При хорошем диуретическом эффекте от фонурита у больных увеличивался диурез, снижался вес тела, быстро исчезали отеки, уменьшались размеры печени и одышка, урежался пульс, улучшалось самочувствие, появлялся аппетит и нормализовался сон.

Фракционное изучение диуреза у 10 больных показало, что повышение мочеотделения начинается уже через 2—3 часа после приема фонурита, а у части больных — даже через 30—45 мин. При этом наибольшее количество мочи выделялось в первой половине суток.

Наилучший диуретический эффект при приеме фонурита мы наблюдали за 1-е и 2-е сутки, а в последующие дни диурез уменьшался или даже у некоторых больных возвращался к исходной величине. Лишь у 4 больных диурез во второй половине курса несколько увеличился по сравнению с первой половиной. При этом следует отметить, что суточная доза фонурита с 3-го дня лечения увеличивалась с 250 до 500 мг. Такое закономерное уменьшение диуреза при приеме диакарба наблюдали и другие исследователи.

Для сравнения мочегонного действия фонурита и меркузала мы назначали нашим больным последовательно оба препарата: сначала давали по 250 мг фонурита в сутки

в течение 4 дней, а затем через 2—3 дня вводили меркузал по 0,3 мг в сутки внутримышечно. Сравнение результатов лечения у 26 больных показало, что диуретический эффект от меркузала у 20 больных был больше, чем от фонурита (в среднем в 1,6 раза). У 4 больных с легочно-сердечной недостаточностью однократный прием 250 мг фонурита вызвал значительно большее увеличение диуреза, чем меркузал. У 2 больных эффект препаратов оказался примерно одинаковым.

Мочегонное действие гипотиазида мы изучали у 67 больных. С гипертонической болезнью II ст. было 22 больных, с легочно-сердечной недостаточностью — 32, с ревматическим пороком сердца — 10, с атеросклеротическим кардиосклерозом — 3.

У 26 больных была недостаточность кровообращения IIA ст., у 37 — IIB и у 4 — III ст.

Гипотиазид назначался больным в течение 4 дней подряд: в первые два дня по 50 мг, а в последующие дни — по 100 мг в сутки. Каждый больной получал один или два курса лечения с перерывом между ними в 4—5 дней.

Среднюю величину суточной экскреции учитывали отдельно за первый — второй и последующие дни лечения.

Суточное выделение мочи после приема гипотиазида сопоставляли с исходной величиной суточной экскреции мочи за 2—4 дня до начала лечения.

При назначении гипотиазида у 54 из 67 больных максимальный эффект отмечался в первые два дня лечения, а с третьего дня эффект быстро уменьшался, хотя суточная доза гипотиазида с этого дня увеличивалась до 100 мг. Лишь у 13 больных диурез во второй половине курса лечения не уменьшился по сравнению с первой.

В результате лечения гипотиазидом был получен значительный диуретический эффект у 36 больных: у них диурез повысился в 2—4 и больше раз по сравнению с исходным уровнем; хороший эффект констатирован у 20 (у них суточный диурез увеличился в 1,6—2 раза), слабый эффект наблюдался у 7 чел. (в этой группе больных диурез увеличился не более, чем в 1,5 раза к исходному уровню). Диуретический эффект отсутствовал лишь у 4 больных (трое из них — с недостаточностью кровообращения III ст. и один — с легочным сердцем и недостаточностью кровообращения IIB ст.).

У 45 больных сравнивалось мочегонное действие гипотиазида и меркузала. Гипотиазид и меркузал назначали последовательно с интервалом в 2—3 дня (в течение 4 дней гипотиазид по 50 мг, а затем меркузал по 0,25 мг в сутки внутримышечно в течение такого же срока).

Диуретический эффект от меркузала у 38 больных был выше, чем от гипотиазида (в среднем в 1,4 раза). У 5 больных эффект был одинаковым. Двое больных не реагировали ни на гипотиазид, ни на меркузал.

Для сравнения диуретического действия гипотиазида и фонурита мы назначали последовательно оба препарата. Больные получали гипотиазид по 50 мг в течение 4 дней, а через 2—3 дня — фонурит по 250 мг в сутки. Гипотиазид вызывал более выраженное увеличение диуреза, чем фонурит.

У 16 больных (из 22) диуретический эффект от гипотиазида оказался большим, чем от фонурита. У 4 больных (из них 3 с легочно-сердечной недостаточностью) фонурит вызывал большее увеличение диуреза, чем гипотиазид. У двух больных эффект оказался почти одинаковым.

У 20 больных изучалось диуретическое действие дисалунила. С ревматическим пороком сердца было 12 больных, с гипертонической болезнью II ст. и атеросклеротическим кардиосклерозом — 6 и с легочно-сердечной недостаточностью — два. У 6 больных была недостаточность кровообращения IIA ст., у 11 — IIB и у 3 — III ст.

Больные получали дисалунил в течение 4 или 5 дней подряд. Большинство из них в первые два дня получали по 50 мг, а в последующие дни — по 100 мг в сутки. У всех больных проведено по 2 курса лечения с перерывом 2—3 дня.

У большинства больных увеличение диуретического эффекта наступило в первые два дня лечения дисалунилом, а в последующие дни диурез заметно уменьшался или снижался до первоначальной величины.

В результате курса лечения дисалунилом выраженный диуретический эффект был достигнут у 9, хороший — у 6, слабый — у 2 больных. У 3 больных с недостаточностью кровообращения III ст. увеличения диуреза не было. Следует отметить, что у них меркузал, введенный после дисалунила, оказался малоэффективным, лишь у одного он вызвал несколько больший диурез по сравнению с дисалунилом.

Сопоставление данных эффективности гипотиазида и дисалунила при лечении больных с недостаточностью кровообращения IIA и IIB ст. показывает, что оба препарата обладают одинаково хорошим диуретическим действием, но уступают по эффективности ртутным мочегонным препаратам. При недостаточности кровообращения III ст. от гипотиазида и дисалунила диуретический эффект был недостаточным, а иногда и отсутствовал.

Вместе с тем у больных с гипертонической болезнью под влиянием гипотиазида и дисалунила отмечалось выраженное снижение АД. Систолическое давление снижалось на 30—40 мм, диастолическое — на 10—15 мм. Однако гипотензивный эффект от этих препаратов был непродолжительным.