

моче после операции быстро возрастает в течение первых 2 дней ($P < 0,05$) с последующим снижением к 25-му дню до исходных данных.

У больных с давностью заболевания более 10 лет в послеоперационном периоде отмечается увеличение содержания гистидина, аспарагиновой кислоты, серина, глицина, глутаминовой кислоты, аланина, пролина, тирозина, метионина, валина и лейцина в течение первых 3—4 дней после операции с последующим снижением до нормы; количество аспарагиновой кислоты, серина, глутаминовой кислоты и глицина падает ниже нормы ($P < 0,02$). Выделение аргинина увеличивается в первые 2 дня с последующим снижением до нормы. Экскреция лизина нарастает в течение 3 дней, затем снижается на 4-й день, приближаясь к исходным данным, далее в течение 7—10 дней вновь повышается с последующим снижением до исходных цифр. Содержание фенилаланина в моче возрастает в течение 3 дней ($P < 0,05$), на 4-й день несколько снижается, к 7-му дню вновь нарастает и, наконец, с 10-го дня постепенно снижается до исходного уровня.

Таким образом, у всех больных, независимо от степени нарушения кровообращения и давности ревматического процесса, отмечается явное увеличение экскреции большинства аминокислот в первые 3—4 дня после операции с последующим снижением и приближением к норме.

Увеличение уровня большинства аминокислот в моче в раннем послеоперационном периоде объясняется тем, что после митральной комиссуротомии резко угнетается антиокислительная функция печени (К. Т. Гаджиев, С. И. Рахимов, З. А. Саакян, 1967). Это ведет к уменьшению образования мочевины в печени, а соответственно — к понижению ее содержания в моче. Количество же аминокислот, выделяемых с мочой, резко повышается.

Несмотря на имеющиеся изменения аминокислотного состава мочи до операции, в послеоперационном периоде отмечается склонность к нормализации ее (к концу 3—4-й недели). Это говорит об эффективности оперативного вмешательства в комплексе с антиревматическим медикаментозным лечением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаджиев К. Т., Рахимов С. И., Саакян З. А. В кн.: Материалы научно-технической конференции торакальных хирургов Средней Азии, Казахстана и Института сердечно-сосудистой хирургии АМН СССР. Душанбе, 1967.—2. Пасхина Т. С. Биохимия, 1954, т. 19, вып. 6.

УДК 616.12—008.331.1—615.7

ГИПОТЕНЗИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ДОПЕГИТА

И. В. Логачева, Е. С. Пищулина

Кафедра госпитальной терапии (зав. — проф. Л. А. Лещинский)
Ижевского медицинского института и больница МСЧ машиностроительного завода
(главврач — Т. В. Крупина)

В последние годы значительно увеличилось количество фармакологических средств для лечения гипертонической болезни и симптоматических гипертоний. В то же время наблюдается известное запаздывание клинической оценки некоторых новых препаратов, в связи с чем успехи фармакохимии реализуются не полностью.

Широкую известность в последнее время получил α -метилдопа, синтезированный в 1954 г. [10]. Однако в отечественной литературе лишь единичные работы посвящены исследованию клинической эффективности и особенностей действия этого препарата [1—5]. Мы изучали гипотензивное действие венгерского препарата допегита.

Допегит применен нами у 40 мужчин и 34 женщин, страдающих гипертонической болезнью (возраст — от 41 года до 68 лет, продолжительность заболевания — от 1 года до 16 лет). У 53 из них была гипертоническая болезнь I А ст. (1-я группа) и у 21 — II Б—III ст. (2-я группа). Больные 1-й гр. получали один допегит без дополнения другими гипотензивными средствами, 2-й — комплексное лечение, включающее допегит, резерпин, гипотиазид. Терапия начиналась через 1—2 дня после госпитализации и отмены применявшихся до этого других гипотензивных средств. В начале курса терапии (первые 1—2 дня) больным назначали 250—500 мг допегита, в последующем дозу увеличивали, и в течение 10 дней больные принимали по 750 мг, а отдельные — до 1500 мг препарата в сутки.

Постоянный контроль за эффективностью лечения мы осуществляли путем клинических наблюдений, ежедневного измерения АД. Перед началом лечения допегитом и после его отмены у больных регистрировали венозное давление флегматонометром Вальдмана, одновременно проводили запись ЭКГ, ФКГ и кривой пульса сонной артерии, фазовый анализ систолы левого желудочка; функциональную деятельность почек

оценивали методом радиоизотопной ренографии с гиппураном- I^{131} , тканевой кровоток изучали по скорости резорбции из кожи NaI^{131} . Помимо этого, исследовали в динамике (методом пламенной фотометрии) содержание Na и K в плазме и эритроцитах, а также суточный калий и натриурез.

При лечении допегитом в указанных дозировках начало гипотензивного эффекта наступало, как правило, на 2-е сутки. В течение последующих 5-7 дней АД продолжало постепенно снижаться, пока не достигало определенного стабильного уровня, индивидуального для каждого больного. После курса лечения систолическое давление у больных II А ст. (1-я группа) снизилось в среднем со 181 до 135, диастолическое — со 108 до 90 мм рт. ст. У больных II Б—III ст. (2-я группа) систолическое давление снизилось со 199 до 140, диастолическое — со 120 до 100 мм рт. ст. Снижение как систолического, так и диастолического давления у больных обеих групп было статистически достоверным ($P < 0,001$). Наши наблюдения коррелируют в этом отношении с данными ряда зарубежных авторов.

Индивидуальная чувствительность к препаратору была различной. Так, систолическое давление снизилось меньше чем на 20 мм рт. ст. у 22 из 74 больных, а диастолическое менее чем на 10 мм рт. ст. — у 8. У 3 больных II Б—III ст. с давностью заболевания более 10 лет АД не снизилось.

Венозное давление снизилось со 150 до 80 мм вод. ст. у больных 1-й гр. и со 170 до 90 мм вод. ст. у больных 2-й гр. Полученные результаты также статистически достоверны ($P < 0,001$).

При анализе фаз сердечного цикла перед курсом терапии констатировано удлинение периода напряжения до 0,12 сек. (в контроле 0,09 сек.). Другие показатели фаз сердечного цикла (периоды быстрого и медленного изгнания и пр.) существенно не отличались от нормы. Лечение допегитом не дало статистически достоверной динамики со стороны продолжительности фаз сердечного цикла. На ЭКГ у 20 больных зарегистрировано увеличение вольтажа зубца Т в грудных отведениях (V_1 и V_2), который после лечения допегитом нормализовался, а в отведениях V_2 — V_6 отчетливо увеличился.

Исследование почек методом радиоизотопной ренографии, произведенное у 52 больных, выявило нарушение функциональной деятельности почек, которое под воздействием гипотензивного лечения уменьшалось параллельно нормализации или снижению АД. Пониженная вначале проницаемость кровеносных капилляров в результате лечения допегитом повысилась (время полувыведения NaI^{131} из внутривенного депо составляло соответственно $11,5 \pm 1,92$ и $5,9 \pm 0,48$ мин., $P < 0,01$).

У большинства больных лечение приводило к снижению содержания Na в плазме и особенно в эритроцитах ($P < 0,01$) и повышению выделения Na с мочой ($P < 0,02$). Содержание K в крови и моче по сравнению с нормативами не менялось. С увеличением натриуреза у 42 чел. из 74 увеличился и водный диурез. Сходные данные получены Е. В. Эриной, Л. П. Першаковой, Л. А. Васильевой. Увеличение диуреза обусловлено, по-видимому, не только способностью α -метилдопы увеличивать почечный кровоток [2, 9], но и непосредственным действием допегита на функцию канальцев. Подтверждением последнего служат результаты исследований влияния допегита на экскрецию гиппурана- I^{131} .

Из побочных явлений наблюдались: сухость во рту (у 11 больных), головокружение (у 4), тошнота (у 3). На 2-3-й день после уменьшения дозы препарата или его отмены эти явления исчезали.

ВЫВОДЫ

1. Допегит является эффективным средством лечения больных гипертонической болезнью II А ст., а в комплексе с другими лекарственными препаратами — и больных гипертонической болезнью II Б—III ст.

2. При курсовом лечении у большинства больных препарат снижает как артериальное, так и венозное давление. Параллельно снижению давления нормализуется функциональная деятельность почек, ускоряется тканевой кровоток.

3. Курсовое лечение допегитом сопровождается постепенным нарастанием суточного диуреза с одновременным увеличением экскреции Na с мочой и уменьшением содержания его в эритроцитах.

4. Гипотензивный эффект допегита сохраняется в течение курсового (10-дневного) лечения, однако уменьшается или исчезает в первые дни его отмены, в связи с чем имеет смысл рекомендовать длительные курсы α -метилдопы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глезер Г. А., Спивак Г. Л., Абугова С. П. Кардиология, 1968, 5.
2. Глезер Г. А. Там же, 1968, 8.—3. Глезер Г. А., Пушкиарь Ю. Т. и др. Сов. мед., 1969, 1.—4. Савенков П. М., Жаров Е. И., Аршакуни Р. О. и др. Кардиология, 1968, 10.—5. Эрина Е. В., Першакова Л. П., Васильева Л. А. Там же, 1971, 5.—6. Dollerу C. T., Harrington M. Lancet, 1962, 1, 759.—7. Gillespie L., Oates I. A., Groult I. R. a. o. Circulation, 1962, 25, 281.—8. Kal-dor A. Magy. belovr Arch., 1968, 5, 101—105.—9. Onesti J., Brest A. H., Novack R. Am. Heart J., 1964, 67, 32.—10. Stein C. A., Bompson H. A., Phister K. A. J. Am. chem. Soc., 1955, 77, 700.