

МОЧЕГОННОЕ ДЕЙСТВИЕ АЛЛАЦИЛА¹

Проф. И. Б. Шулуто

Кафедра госпитальной терапии Калининского медицинского института

В комплексе лекарственных назначений при лечении больных с нарушением кровообращения особое место занимают мочегонные средства. Можно уверенно сказать, что при выраженном отеком состоянии никакие сердечные препараты, в том числе и глюкозиды, не могут привести к стойкому освобождению больного от задержанной в организме жидкости. Последнее достигается лишь назначением мочегонных препаратов.

В повседневной практике мы пользуемся назначением ртутных мочегонных препаратов (каломель, меркузал и др.). Достоинства и недостатки этих лекарств общеизвестны. Следует учесть, что у многих тяжелобольных с сердечно-сосудистой недостаточностью имеются значительные изменения со стороны почечной паренхимы, и длительное пользование ртутными препаратами в этих случаях небезразлично. Систематический прием ртутных мочегонных средств у ряда больных приводит к кумуляции и появлению побочных неприятных воздействий (Полякова). Наконец, повседневная практика убеждает, что в ряде случаев ртутные препараты не оказывают должного мочегонного действия. Все это настоятельно требует дальнейших поисков мочегонных средств, и в частности не содержащих ртути.

С 1958 г. у нас в клинике проводятся систематические наблюдения над действием нового отечественного препарата — аллацила (1-аллил-3-этил-6-аминоурицил), синтезированного в ВНИХФИ. Аллацил назначался больным с нарушением кровообращения II и III ст. В дни приема аллацила никаких других лекарственных назначений не делалось. Таким образом, у нас есть основание наступившие в течении болезни изменения связывать с этим препаратом.

Под нашим наблюдением находились 35 больных: ревматическим пороком сердца в стадии нарушения кровообращения II-б и III-б ст. — 16; страдавших гипертонической болезнью, атеросклерозом, коронарокардиосклерозом, хронической коронарной недостаточностью в стадии нарушения кровообращения II-а и III-б ст. — 15; с циррозом печени, нефритом — 4. До 40 лет было 6 чел., до 50 — 11, до 60 — 11 и старше — 7.

Все длительно и многократно находились в стационарах и в различные периоды пользовались ртутными препаратами, преимущественно меркузалом; 8 больных отмечали в прошлом непостоянное действие меркузала.

Аллацил назначался больным по 0,2 4—5 раз в день. Длительность приема варьировали в зависимости от особенностей течения болезни; 22 больным он назначался на 10—12 дней; остальные принимали аллацил по 4—5 дней. Затем делался перерыв на 5—10 дней и снова повторялся курс лечения. Короткие периоды приема аллацила с последующим периодом отдыха и повторным назначением диктовались соображениями переносимости и реакции больного на этот препарат.

Прием аллацила, как правило, приводит к заметному нарастанию диуреза (у 31 из 35), которое обычно наступает через 1—2 дня и достигает максимума на 3—5-й день, и в дальнейшем по мере продолжения приема препарата диурез остается удовлетворительным.

У подавляющего большинства больных исходный диурез был 300—600 мл, а в дни приема аллацила достигал 2—3 литров, у единичных больных и 4.

У 12 больных максимальный диурез был на вторые сутки, у 10 — на третьи, у 7 — на четвертые, у 2 — на пятые, и у 4 мочегонного эффекта не было.

После отмены аллацила у большинства больных наблюдались падение диуреза и повторное появление отеков (у 27 из 31). В этом ничего удивительного нет, ибо мочегонная терапия может рассматриваться только как симптоматическое вмешательство. Если не удавалось комплексом сердечно-сосудистых средств добиться стойкого отхождения отеков, мы назначали повторно аллацил, который неизменно проявлял мочегонное действие.

У 9 больных действие аллацила напоминало мочегонный криз. У этих больных наступали заметное ослабление сил, вялость. У остальных больных нарастание диуреза и последующее падение проходили сравнительно равномерно, что переносилось ими гораздо легче, чем диуретический криз.

Диуретическое действие аллацила неизменно сопровождалось значительным выделением поваренной соли и мочевины. По-видимому, мы здесь сталкиваемся с тем же механизмом, как и при назначении ртутных мочегонных. Ю. М. Раппопорт наблюдал хлорурическое действие меркузала, его мобилизующее влияние на депонируемый в тканях хлористый натрий. С. Я. Капланский указывает, что ртутные препараты

¹ Доложено на VII научной сессии Калининского мединститута 24—25 января 1961 г. и на пленуме Ученого Совета Министерства здравоохранения РСФСР 17—19 апреля 1961 г. в Москве.

уменьшают способность тканей связывать хлориды. Надо полагать, что этот фактор не является специфической чертой ртутных мочегонных средств, а характерен и для иных диуретических препаратов. Занимаясь в 1948—1952 гг. изучением мочегонного действия молочно-картофельной диеты, мы наблюдали подобную же картину, то есть по мере увеличения суточного выделения мочи нарастало и выделение хлоридов.

В дни приема аллацила нарастание хлоридов в моче до 15,0 в сутки было у 18 больных, до 20,0 — у 8 и выше — у 7. У большинства хлорурия нарастала соответственно увеличению диуреза. Однако в единичных случаях такого соответствия не было.

Важным показателем эффективного влияния аллацила на течение болезни мы считаем значительное нарастание суточного выделения мочевины. Мы ежедневно следили за этим показателем. Исходный показатель суточного выделения мочевины в периоде выраженных отеков обычно не превышал 10,0, предельное количество выделенной мочевины во время лечения аллацилом достигало у отдельных больных 30,0, а чаще всего варьировало в пределах 15—22,0. Подобное нарастание возможно расценивать как показатель значительного улучшения функционального состояния почек и печени.

По мере освобождения от отеков значительно уменьшается стаз во внутренних органах и улучшаются основные показатели гемодинамики — снижается венозное давление, ускоряется кровоток (по показателям магнезиального времени), уменьшается цианоз, капилляроскопические показатели характеризуются значительным уменьшением стаза в венозном колене и т. д. У больных исчезает или значительно уменьшается вынужденное положение, уменьшаются в размерах границы сердца и печени, в легких становятся менее выраженными застойные симптомы. ЭКГ-исследование, по мере отхождения отеков, показывает увеличение амплитуды зубцов, улучшение ритмической деятельности сердца, улучшение предсердно-желудочковой и внутрижелудочковой проводимости, уменьшение систолического показателя и, таким образом, характеризует улучшение признаков сократительной функции миокарда.

По мере схождения отеков в период лечения аллацилом уменьшается интенсивность аритмии, улучшается амплитуда фонограммы.

Приведенные выше данные касаются лиц, не получавших во время лечения аллацилом никаких других препаратов.

Принимали аллацил одновременно с различными глюкозидами и так же легко переносили это комплексное лечение 10 больных. Лица, получавшие вначале только аллацил, в дальнейшем также лечились различными сердечными средствами, которые выявляли обычную эффективность.

Больные с сердечно-сосудистой недостаточностью, леченные систематическими приемами мочегонных средств, в случаях их благоприятного действия значительно легче переносят в дальнейшем лечение сердечными глюкозидами, которые всегда оказывали благоприятное действие.

В период лечения аллацилом мы у 9 больных наблюдали тошноту, отвращение к еде, позывы на рвоту, протрацию. После отмены препарата или уменьшения его дозировки эти симптомы исчезали.

Не реагировали усилением диуреза при приеме аллацила 4 человека. Двое из них в дальнейшем вполне удовлетворительно реагировали на введение меркузала и новурита.

Мы наблюдали 9 больных с хорошим диуретическим эффектом в дни приема аллацила, у которых прежде назначаемые мочегонные препараты (главным образом ртутные) не вызывали усиления диуреза. В таких случаях допускается графетная гипотеза об индивидуальной реакции. Ведь с подобными же явлениями мы сталкиваемся при пользовании глюкозидами у сердечных больных и спазмолитическими препаратами у язвенных больных, у лиц, страдающих гипертонической болезнью, и т. д. Однако это мало разъясняет суть феномена. Этот вопрос очень сложный и ждет своего исследователя.

Исследования крови и мочи (на белок и морфологию) в период приема аллацила не выявили патологических сдвигов.

Е. И. Артемьев и И. О. Туриянская (Тер. арх., 1961, 12) также свидетельствуют о хорошем мочегонном действии аллацила и хорошей его переносимости.

ВЫВОД

Целесообразно ввести в терапевтический обиход препарат «аллацил» как особо перспективный при лечении: а) больных сердечно-сосудистой недостаточностью, осложненной почечными поражениями; б) в случае неэффективности ртутных препаратов; в) для чередования при лечении ртутными препаратами с целью предупреждения кумуляции, вредных влияний и, наконец, привыкания.

Поступила 11 июля 1962 г.