

О внутривенных вливаниях 40% раствора уротропина при цистите.

Ординатора М. П. Батунина.

Получивший столь широкое применение во врачебной практике уротропин представляет собою д-риват метилена, полученный известным Казанским химиком проф. А. М. Бутлеровым¹⁾ в 1860 году при проведении сухого аммиачного газа над истолченным в порошок диокси-метиленом. Девять лет спустя А. W. Hofmann²⁾ указал, что уротропин можно получить при перегонке формальдегида с избытком аммиака. Работа Nicolaier'a³⁾ свидетельствует, что вещество это, будучи принято внутрь, переходит в мочу не разложившимся и при температуре тела действует задерживающим образом на развитие находящихся там микроорганизмов, а также растворяет мочевую кислоту. Mosso и Paoletti⁴⁾ доказали, что бактерицидное действие этого средства объясняется отщеплением из циркулирующего в крови уротропина формальдегида.

До 1920 года уротропин применялся почти исключительно *per os*—главным образом при мочеисловом диатезе, при микробных заболеваниях мочевых путей, при фосфатурии, как предохранительное средство при брюшном тифе и как профилактическое средство до и после операций в области мочеполювого тракта. За последние три года, однако, стали широко практиковаться внутривенные вливания 40% раствора уротропина. Особенно охотно практикуют их гинекологи и акушеры, хотя инъекции эти с успехом применяются и терапевтами, хирургами и невропатологами.

По предложению д-ра С. Я. Голосовкера внутривенные вливания 40% раствора уротропина были испробованы мною в 22 случаях цистита. Случаи эти делятся на 2 группы: 1) случаи острого цистита—всего 15 и 2) случаи хронического цистита—7.

¹⁾ Butlerow. Ann. der Chemie u. Pharmacie, Bd. 115, S. 322.

²⁾ Hofmann. Ber. d. Deut. Chem. Gesellschaft, 1869, 11, S. 152.

³⁾ Nikolaier. Centr. f. d. med. W., 1894, № 51.

⁴⁾ Mosso и Paoletti. Arch. ital. de biologie, реф. по Nicolaierу.
см. выше.

Больные первой группы представляли довольно характерную клиническую картину острого цистита, на первом плане которой стояли болезненные, частые и сильные позывы к мочеиспусканию. У 8 человек позывы эти имели место через каждые $2-1\frac{1}{2}$ часа, у 2 — каждые $1-1\frac{1}{2}$ часа, у 3 они наблюдались каждые $10-15-20$ минут, а в 2 случаях позывы эти были так часты, что больные вынуждены были почти постоянно выделять мочу. Боли появлялись с началом мочеиспускания, постепенно усиливаясь и достигая своего максимума к концу акта мочеиспускания. Локализовались они в области мочевого пузыря, в пояснице и вдоль полового члена, иррадиировали в бедра. У 3 больных с последними каплями мочи выделялось небольшое количество крови. В 2 случаях t^0 у больных была повышена. Предстательная железа, семенные пузырьки, придатки яичка и стул у всех больных этой группы были нормальны. В прошлом у 10 больных был раньше перелой, остальные же его отрицали. Продолжительность болезни в этой группе колебалась от 3 до 15 дней. Моча макроскопически была мутна и содержала массу гноя и хлопьев, особенно третья порция ее (для исследования у больных брались три порции мочи); вторая порция, за исключением двух случаев, была чище первой и последней, а последняя большей частью много мутнее первой. Реакция мочи в 9 случаях была слабо-кислая, в 5 — щелочная и в 1 — нейтральная. У 8 больных в моче было обнаружено небольшое количество белка. Под микроскопом моча оказывалась содержащею от 35 до 45 гнойных шариков в поле зрения, массу палочкообразных и коккообразных микроорганизмов, единичные клетки плоского эпителия; у 2 больных, кроме того, были найдены единичные клетки цилиндрического эпителия и у 2 в первых порциях мочи — гонококки Neisser's.

Всего у больных этой группы было мною произведено 73 внутривенных вливания уротропина, т. е., в среднем, на каждого больного пришлось 5 вливаний. Вливания производились в локтевую вену, в количестве от 4 до 8 куб. сант., через 2—3 дня; лишь трем больным вливания делались через день. Что касается их эффекта, то больные с продолжительностью болезни в 3—5 дней уже после 2—3 инъекций начинали себя чувствовать настолько хорошо, что можно было говорить об их выздоровлении: субъективные расстройства у них проходили, моча делалась светлой, реакция ее становилась кислой, белок пропадал, для микроскопического исследования приходилось уже у большинства предварительно центрифугировать мочу, причем микроскопически в ней можно было открыть лишь единичные клетки эпителия, по 7—15 лейкоцитов в поле

зрения и небольшое количество палочкообразных бактерий, которые после дальнейшего лечения пропадали. У больных данной группы с большею продолжительностью болезни, чтобы добиться такого же эффекта, приходилось делать до 7—8 инъекций, но в конце концов и у них результатом вливаний было полное излечение.

Совершенно иное следует сказать о другой группе больных, с хроническим циститом. Таких больных было в моем материале 7. Продолжительность болезни у них колебалась от 8 мес. до 5 лет. У всех больных в анамнезе имелся перелой. Клиническая картина цистита характеризовалась в этой группе в общем теми же субъективными и объективными явлениями, макро- и микроскопической картиной мочи, что и в первой группе. Моча у всех этих семи больных была щелочная. Всего у этих больных было сделано 89 внутривенных инъекций уротропина, причем каждый раз вводилось от 5 до 10 куб. сант., и впрыскивания повторялись через 2—3 дня, а у некоторых больных—даже через день. Двум больным этой группы было сделано по 23 инъекции каждому, но результаты были как у этих больных, так и у всех других пациентов данной группы мало заметны. Правда, моча заметно просветлялась, некоторые субъективные явления проходили, но лишь только лечение прекращалось, выступала опять старая картина болезни. Во время лечения уротропином больными соблюдалась установленная при этих заболеваниях диета.

Следует еще отметить, что у всех наших больных уротропин, при его внутривенном применении, не вызвал никаких побочных явлений.

Хотя материал наш и незначителен, но мы позволим себе на основании его сделать следующие выводы:

1) Внутривенные вливания 40% раствора уротропина при острых циститах, а особенно при начинающихся, являются хорошим терапевтическим средством.

2) Отсутствие побочных явлений при этом способе введения уротропина дает возможность применять его и у амбулаторных больных.

3) При хронических циститах уротропин, вводимый внутривенно, дает временное и малозаметное улучшение.