

Г. О. БАДАЛЯН, К. С. БАХШИНЯН

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ АРИТМИИ СЕРДЦА ПАНАНГИНОМ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Нарушение электролитного баланса с патогенетической точки зрения является одной из главных причин расстройства ритма сердечной деятельности при остром инфаркте миокарда [2, 3, 5, 8, 9, 10, 12]. В связи с этим понятны попытки воздействовать с лечебной и профилактической целью на нарушенный обмен электролитов при инфаркте миокарда [1, 4, 6, 7, 11].

В настоящее время в клинической практике широкое применение получил венгерский препарат панангин, выпущенный фирмой «Гедеон Рихтер», по химическому строению представляющий собой аспарагинат калия и магния.

Материал и методы. В комплексную терапию 100 больных с острым инфарктом миокарда наряду с обезболивающими, сосудорасширяющими средствами, антикоагулянтами прямого и непрямого действия, противосклеротическими препаратами был включен панангин. Среди обследованных было 79 мужчин и 21 женщина (в возрасте от 36 до 82 лет), причем первичный инфаркт был у 90 больных, повторный—у 10. Обширный трансмуральный инфаркт миокарда диагностирован у 16 больных, обширный инфаркт миокарда—у 20, крупноочаговый—у 37, мелкоочаговый—у 27. По локализации некроза инфаркт миокарда передней стенки был у 19 больных, передне-перегородочный—у 17, передне-боковой—у 12, задне-боковой—у 16 и задней стенки—у 35 больных.

При поступлении нормальный синусовый ритм отмечен у 42 больных, у 58 отмечались различные виды нарушения ритма сердечной деятельности: синусовая тахикардия, умеренно и резко выраженная у 32 больных, экстрасистолическая аритмия—у 17, пароксизмальная тахикардия—у 3 больных, мерцательная аритмия—у 6 (у 5—тахикардическая форма и у 1 больного—брадикардическая форма).

Больным с синусовым ритмом с частотой 60—80 уд/мин для предупреждения различных видов нарушения ритмов сердца назначали панангин в дозе 1,5 г в день внутрь (по одному драже 3 раза). У больных с резко выраженной синусовой тахикардией (до 100 уд/мин) суточная доза панангина составляла 2,0—2,5 г; при резко выраженной синусовой тахикардии (свыше 100 уд/мин) дозу препарата увеличивали до 3,0 г в сутки.

При экстрасистолической аритмии начинали с внутривенного введения 10,0 мл раствора панангина с последующим применением препарата перорально по 3,0 г в сутки, затем снижали суточную дозу до 2,0 г, по мере урегулирования ритма переходили на поддерживающие дозы (1,0—1,5 г в день). Для оценки результатов систематически записывали ЭКГ, в ряде случаев проводили длительное непрерывное наблюдение с помощью кардиомонитора.

При лечении панангином больные не получали других антиаритмических средств.

Результаты и их обсуждение. У 35 из 42 больных с нормальным синусовым ритмом, получавших панангин с целью профилактики аритмий, ритм сохранился правильным синусовым в течение всего пребывания в клинике. У 7 больных в различные сроки лечения появлялась нерезко выраженная синусовая тахикардия, которая устранялась повышением дозы препарата. У 24 из 32 больных с синусовой тахикардией ритм восстановился в течение 5—7 дней, а у 8 тахикардию полностью устранить не удалось.

При экстрасистолической аритмии внутривенные инъекции панангина оказали положительный эффект, у 7 больных с единичными экстрасистолами в течение 3—5 дней, у 2 больных с повторным инфарктом миокарда желаемого эффекта не добились. У 8 больных отмечался переход групповых желудочковых экстрасистол в единичные экстрасистолы; в дальнейшем у 7 ритм восстановился, а у 1 больного сохранились единичные экстрасистолы, субъективно не ощущаемые (мониторное наблюдение).

У 3 больных при поступлении зарегистрирован приступ пароксизмальной тахикардии. У 2 из них после первой же внутривенной инъекции приступ купировался и в дальнейшем повторных приступов не наблюдалось. У 1 больного аналогичного эффекта добились на третий день лечения панангином. При мерцательной аритмии эффективность панангина была невысокой: у двух больных синусовый ритм восстановился, а у четырех, имевших стойкую мерцательную аритмию, возникшую на фоне ранее перенесенного инфаркта миокарда, эффекта не было. Наши наблюдения показывают, что курс лечения панангином должен составлять 35—40 дней. Более длительное применение у 9 человек привело к различным нарушениям ритма, по-видимому, связанным с гиперкалиемией, так как после отмены препарата они исчезали.

Выводы

1. Панангин является высокоэффективным средством для профилактики нарушений ритма сердечной деятельности, а также для лечения аритмий, развившихся при инфаркте миокарда.
2. Эффективность антиаритмического действия панангина более выражена у больных с первичным инфарктом миокарда и менее выражена у лиц с повторным инфарктом миокарда.
3. Панангин следует назначать, начиная с острого периода инфаркта миокарда.

Գ. Օ. ԲԱԴԱԼՅԱՆ, Կ. Ս. ԲԱԽՇԻՆՅԱՆ

ՄՐՏԻ ԱՌԻԹՄԻԱՅԻ ԿԱՆՆՈՒՄԸ ԵՎ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ՊԱՆԱՆԳԻՆՈՎ ՍՐՏԱՄԿԱՆԻ ՍՈՒՐ ԻՆՖԱՐԿՏՈՎ ՀԻՎԱՆԳՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ա մ փ ա փ ու մ

Հեղինակների փորձը ցույց է տվել, որ պանանգինը բարձր էֆեկտիվային դեղամիջոց է սրտային զորժոնեհուսթյան ռիթմի խանգարման պրոֆիլակտիկայի, ինչպես և սրտամկանի սուր ինֆարկտի դեպքում առաջացող առիթմիայի բուժման համար:

G. O. BADALIAN, K. S. BAKHSHINIAN

PREVENTION AND TREATMENT OF CARDIAC ARRHYTHMIA WITH PANANGIN IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

S u m m a r y

The authors' experiments have shown, that panangin is a highly effective drug as a prophylactic measure against the disturbances of cardiac activity rhythm, as well as for the treatment of arrhythmia resulting from acute myocardial infarction.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бриккер В. Н., Вольперт Е. И. В кн.: «Недостаточность сердца и аритмии». Л., 1966, 209.
2. Сальманович В. С. В кн.: «Атеросклероз и инфаркт миокарда». М., 1959, 266.
3. Удельнов М. Г. В кн.: «Вопросы патологии и физиологии сердца». М., 1955, 11.
4. Янушкевичус З. И., Блужас И. Н., Виткус А. С. В кн.: «Сердечная коронарная недостаточность». М., 1966, 217.
5. Harris A. S. Circulation, 1950, 1, 13, 18.
6. Labort H. Presse med. 1958, 66, 57.
7. Mittra B. Lancet, 1966, 2, 1438.
8. Papp C. Brit Heart J. 1952, 14, 250.
9. Prinzmetal M., Kennamer R., Shaw C. et al., Circulation, 1953, 7, 1.
10. Russel R. A., Crafoord J., Harris A. S. Amer. J. Physiol, 1961, 200, 995.
11. Sodi-Pallares D. et al. Canada Med. Ass. J., 1960, 83, 243.
12. Wiggers C. J. Ann. Int. Med. 1945, 23, 158.