

S. V. Gourgenian, Ye. S. Mikaelian, T. Z. Grigorian, K. G. Nikoghossian
Modern Principles of Treatment of Patients with Hypertensive Disease

S u m m a r y

The patients with the I and II stages of hypertensive disease were studied. The choice of medicamentous treatment depended on the hemodynamical indices and the stage of the disease. Under the influence of the treatment the stable hypotensive effect was accompanied by complete or partial normalization of the hemodynamical indices.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Гургенян С. В., Бабалян А. С. *Cor et Vasa*, 1982, 2—3, 100—102.
2. Aoki K., Kondo S., Mochizuki A., Yoshida T. et al. *Am. Heart J.*, 1978, 96, 218—226.
3. Gould B. A., Mann S., Kelso H., Subramanian V. B. et al. *Circulation*, 1982, 65, 22—27.
4. Gross F. In: Calcium antagonism in cardiovascular therapy: experience with verapamil. Excerpta Medica, Amsterdam—Oxford—Princeton, 1981, 213—221.
5. Guazzi M. D., Fiorentini C., Olivari M. T., Bartorelli A. et al. *Am. J. Cardiol.*, 1973, 32, 499—508.
6. Koch-weser I. *Am. J. Cardiol.*, 1973, 32, 499—508.
7. De Lecuw P. W., Smout A. J. P. M., Willemse P. I., Birkenhager W. H. In: Calcium antagonism in cardiovascular therapy: experience with verapamil. Excerpta Medica, Amsterdam—Oxford—Princeton, 1981, 233—237.
8. Leonetti G., Pasotti C., Ferrari G. P., Lanchetti A. In the same place, 260—267.
9. McMahon G. F. Management of essential hypertension. Fubura publishing company. INC. Nount Kisco, New York, 1978.
10. Murakami H., Murakami E., Takekoshi N. Тезисы докладов IX Всемирного конгресса кардиологов. М., 1982, 1, 0248.
11. Olivari M. T., Bartorelli C., Polese A., Fiorentini C. et al. *Circulation*, 1979, 59, 1056—1062.

УДК 616.12.008.46—071.616.005

Н. Н. ХУДАБАШЯН, С. А. ИСААКЯН, В. М. САМВЕЛЯН, Т. Г. АМАЗАСПЯН

ПРИМЕНЕНИЕ ТРИМЕКАИНА В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Нарушение ритма сердечной деятельности является наиболее грозным осложнением ИБС и инфаркта миокарда. Летальный исход у больных со стойкими нарушениями ритма при инфаркте миокарда наступает в 2 раза чаще, чем у больных без аритмии [20]. Поэтому современная профилактика и терапия стойких нарушений ритма при помощи новых, активных противоаритмических веществ является перво-степенной задачей современной кардиологии.

В литературе накоплено много данных относительно антиаритмических свойств различных местноанестезирующих веществ, таких, как лидокаин, ксикаин и др., эффективно подавляющих эктопическое импульсообразование в сердечной мышце [18, 20]. Однако очень мало работ относительно существования четкой корреляции между этими свойствами [22—24].

Сходство химического строения тримеканна и лидокаина и четкое совпадение изотерм поверхностного натяжения межфазной активности проницаемости через фосфолипидные мембраны тримеканна и других известных противоаритмических веществ послужило основанием для изучения противоаритмических свойств тримеканна. Экспериментальная аритмия воспроизводилась на моделях аконитиновой, хлористобариевой, хлористокальциевой аритмии в опытах на крысах и кроликах. Определялись также дозы, устраняющие фибрилляцию предсердий при электрическом раздражении ушка сердца кошки.

В результате проведенных экспериментов было выяснено, что тримеканн в дозах 1—3 мг/кг обладает широким спектром отчетливого противоаритмического действия [12, 13]. Согласно данным других авторов [3, 4], у тримеканна обнаружена способность устранять тахиаритмию и желудочковые формы нарушения ритма при перевязке коронарной артерии у собак и интоксикации сердечными гликозидами. В обоих случаях тримеканн подавлял гетеротопное импульсообразование, восстанавливал правильный синусовый ритм, замедлял учащенную сердечную деятельность. Преимуществом тримеканна перед известными антиаритмическими веществами—новоскаиномидом, хинидином, индералом и др.—является отсутствие заметного гипотензивного действия и подавления сократительной функции сердца, что дает возможность применять его при кардиогенном шоке и инфаркте миокарда. Выраженная противоаритмическая активность тримеканна и отсутствие ряда побочных явлений позволило предложить применение тримеканна в кардиологической клинике. Предварительные данные подтвердили значительное противоаритмическое действие тримеканна у больных сложными пороками сердца и нарушением кровообращения [12, 13]. Особо эффективно парентеральное введение препарата [5].

В литературе появились данные относительно большого сходства фармакокинетики и терапевтической эффективности тримеканна и лидокаина при разовом в/в введении его больным с острым инфарктом миокарда.

Единичные данные по фармакокинетике тримеканна и его клинического применения при тахиаритмиях, экстрасистолиях и различных нарушениях сердечного ритма [7, 8, 21] позволили нам применить тримеканн, комбинируя различные пути его введения.

Хороший результат, полученный при лечении тримеканном, был часто нестойким, что обуславливало необходимость повторных введений препарата или назначения других антиаритмических средств [7, 9].

В настоящем сообщении мы приводим данные о применении тримеканна в комплексе патогенетической терапии у 38 больных с недостаточностью сердца и нарушением ритма—экстрасистолией и тахисистолической формой мерцательной аритмии, 10 из них страдали ревматическим сочетанным митральным пороком сердца с нарушением кровообращения IIA стадии. Остальные 28 больных были с различными проявлениями ИБС: у 11—выраженный кардиосклероз на почве

атеросклеротического поражения коронарных артерий с тахисистолической формой мерцания предсердий во IIА стадии нарушения кровообращения; у 6 больных—атеросклеротический кардиосклероз с нарушением кровообращения I стадии и экстрасистолической аритмией; 8 больных страдали ишемической болезнью сердца с приступами стенокардии напряжения и покоя в I стадии нарушения кровообращения при наличии экстрасистолической аритмии; 3 больных перенесли в прошлом инфаркт миокарда.

Возраст больных ревматическими пороками сердца колебался от 25 до 50 лет, ИБС—от 40 до 60 лет. Всем больным в первые дни в комплекс лечения назначался тримексин перорально по 0,5 мг 3 раза в день. На 7-й день у 8 больных удалось купировать экстрасистолическую аритмию, причем это были в основном больные ИБС. Однако после отмены препарата вновь появились нарушения ритма.

Более эффективным оказалось лечение 2% тримексином при внутримышечном введении 60 мг по 2 мл 3 раза в день. Спустя 10 дней положительный результат был достигнут у 26 больных (58,2%). В 2 случаях мы добились более быстрого антиаритмического эффекта при в/в введении тримексина в течение 2 дней, после чего экстрасистолия была купирована и больным вводили препарат внутримышечно.

Однако антиаритмический эффект в ряде случаев оказался непродолжительным, и спустя 7—8 дней после отмены препарата у 10 больных вновь появились экстрасистолы.

У больных тахисистолической формой мерцательной аритмии после 1-й же инъекции тримексина отмечалось урежение частоты сердечных сокращений в среднем на 30—40 уд/мин и, соответственно, уменьшение дефицита пульса. Более положительный эффект опять-таки проявлялся у больных с ИБС в сравнении с больными ревматическим пороком.

Перехода мерцания предсердий в правильный синусовый ритм мы не наблюдали.

У 3 больных (7,8%) после первого же приема препарата появились тошнота, рвота, и его пришлось отменить.

В литературе имеются указания на то, что учащение сердечного ритма, вызванное эмоциональным возбуждением больных, проходит после введения тримексина. Не наблюдается нарушений ритма и дефицита пульса, как при перидуральной анестезии дикаином, вследствие чего приходится применять специальную кардиотопическую и денуртационную терапию [9, 15].

Принимая во внимание сочетание выраженных местноанестезирующих и антиаритмических свойств тримексина, в Институте кардиологии им. Л. А. Оганесяна МЗ Арм. ССР широко применяется анестезия 1—2% раствором тримексина при тонзиллэктомии, входящей (по показаниям) в комплекс лечения больных с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Из 112 оперированных 27 страдали ревматическим митральным пороком сердца, 14—ИБС (4 в прошлом перенесли инфаркт миокарда),

7—тонзиллогенным миокардитом, 20—тонзиллогенной функциональной кардиопатией, 9—тонзиллогенной дистрофией миокарда, 21—нейроциркуляторной дистонией (НЦД) по кардиальному типу и пр.

У 25 больных (20,5%) были выявлены до операции различные виды нарушения ритма, у 21—экстрасистолическая аритмия, у 3—мерцание предсердия, у 1—пароксизмальная тахикардия.

После введения тримекаина с целью достижения эффекта анестезии была купирована экстрасистолическая аритмия. Последняя не возобновилась ни в период операции, ни в ближайший послеоперационный период. По всей вероятности, в дальнейшем при проведении лечения поддерживающими дозами препарата или другими антиаритмическими средствами, может быть достигнут более стойкий антиаритмический эффект.

Приступов пароксизмальной тахикардии, отмеченных в анамнезе некоторых больных, тахисистолической формы мерцательной аритмии, общего эмоционального возбуждения, столь характерного для больных тонзиллогенной функциональной кардиопатией и НЦД по кардиальному типу на фоне множества прочих жалоб, не было зафиксировано ни у одного больного. Операционный и ближайший послеоперационный периоды протекали гладко, без осложнений, не отмечено отрицательной динамики в течении основного заболевания, в большинстве случаев купирована электрическая нестабильность миокарда.

Таким образом, наши наблюдения подтверждают точку зрения, что тримекаин является эффективным антиаритмическим препаратом, особенно в случаях желудочковой экстрасистолии и, в частности, у больных различными проявлениями ИБС.

Лечение тримекаином целесообразно начинать с внутримышечных инъекций, а затем, по мере устранения аритмии, одну или две инъекции заменить пероральным приемом препарата с последующим применением поддерживающей дозы на протяжении более или менее длительного периода в зависимости от индивидуальной переносимости. При операциях, выполняемых под местной анестезией, больным с поражением сердечно-сосудистой системы в целях профилактики и купирования электрической нестабильности сердца следует применить анестетики, обладающие также антиаритмическими свойствами, в частности—отечественный препарат тримекаин.

Институт кардиологии им. Л. А. Оганесяна
МЗ Арм. ССР

Поступила 12/XII 1982 г.

Ե. Ե. ԽՈՒԴԱՐԱՇՅԱՆ, Ս. Ա. ԻՍԱՀԱՅԱՆ, Վ. Մ. ՍԱՄՎԵԼՅԱՆ,
Տ. Գ. ՀԱՄԱԶՈՍՊՅԱՆ

Ա. մ. փ. ո. փ. ո. ի. մ.

ՏՐԻՄԵԿԱՅԻՆԻ ԿԻՐԱՌՈՒՄԸ ՍՐՏԱՐԱՆԱԿԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱՅՈՒՄ

Տրիմեկայինը համարվում է լավ հակառիթմիկ դեղանյութ որտեղ էլեկտրական անկայունության, հատկապես փորոքային էքստրասիստոլաների կանխման և վերացման համար, մասնավորապես տարբեր խրոնիկ իշեմիկ հիվանդություններով տառապող հիվանդների մոտ:

Application of Trimecaine Hydrochloride in Cardiological Clinics

Summary

Trimecaine hydrochloride is an effective antiarrhythmic preparation used for prophylaxis and cupping of the electrical instability of the heart, particularly in case of ventricular extrasystole and in patients with different manifestations of ischemic heart disease.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белов В. А., Беляев Л. и др. Воен. мед. ж., 1974, 10, 33.
2. Брянец Д. Ю. Дис. канд., Ярославль, 1966.
3. Василян С. С. Тез. I съезда кардиологов Армении, 1981, 76.
4. Гендеништейн Э. И., Костин Я. В. Кардиология, 1976, 1, 108—113.
5. Гендеништейн Э. И., Костин Я. В. Фармакология и токсикология, 1976, 4, 426.
6. Дядюра Ж. А., Львов М. В. Фармакология и токсикология, 1975, 2, 170—173.
7. Джанполадян Е. Г. Современные проблемы фармакологии, Киев, 1971, 242.
8. Камф Г. Г., Шевцов В. А. Терапевт. архив, 1979, 8, 110—111.
9. Мельница В. И., Пиотровский В. К., Николенько С. А. и др. Бюл. ВКНЦ, 1979, 1, 81—85.
10. Орлов В. М., Круглов В., Николаевский И. Р., Ромашенко Н. А., Федотеньков С. А., Емельянова Е. А. Клини. мед., 1982, 1, 57—59.
11. Прянишникова Н. Т., Шаров Н. А. Тримеканн—фармакологическое и клиническое применение.
12. Пионтек Э. В., Попова А. А., Палкин Э. Э. и др. Тез. докл. I Всероссийского съезда анестезиологов и реаниматологов. Свердловск, 1974, 1, 83.
13. Пиотровский В. К., Смирнов Е. Б., Рябоконь О. С., Метелица Б. М. Кардиология, 1982, 4, 62—65.
14. Самвелян В. М., Василян С. С. Кровообращение, 1981, 4, 12—15.
15. Сумароков А. В., Михайлов А. А. Кардиология, 1975, 1, 11—19.
16. Самвелян В. М., Прянишникова Н. Т., Погосян С. А. Кардиология, 1978, 4, 85—89.
17. Самвелян В. М., Прянишникова Н. Т., Погосян С. А. и др. ВНИ: Пиромеканн и тримеканн в эксперименте и клинике. М., 1977, 48—49.
18. Шатров Н. А. Автореф. дис. канд., Смоленск, 1964.
19. Хоменко В. Ф., Храмов Ю., Королев В. В. Вест. хир., 1973, 9, 101.
20. Чазов Е. И. Кардиология, 1975, 1, 5—11.
21. Arnand P., Kofman J., Frederidi A. et al. C. R. Soc. Bid. (Paris), 1965, 159, 24, 27.
22. Arora R. B., Sharma V. L., Madan B. Indian J. Med. Res., 1956, 44, 271.
23. Szekeres I., Papp Gy. J. Experimental Cardiac Arrhythmias and Antiarrhythmic Drugs, Budapest, 1971.

УДК 616.127.—008.9—074—073—916:616.126.421—089

А. Р. МУРАДЯН, Т. Л. АРУТЮНЯН, Р. Т. ВИРАБЯН,
Л. Г. АКОПЯН, Ж. О. ОГАНЕСЯН

ОБМЕН ИОНОВ В МИОКАРДЕ У БОЛЬНЫХ С СУЖЕНИЕМ ЛЕВОГО ВЕНОЗНОГО ОТВЕРСТИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТЕПЕНЯХ НАРУШЕНИЯ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Нарушение обмена электролитов в миокардиальной ткани играет важную роль в развитии сердечной недостаточности.

Несмотря на большое число работ, посвященных изучению концентрации ионов в различных биологических средах, в том числе и в мио-