

Д. Н. БОГОЕВ, Б. Х. ЭЗДЕКОВ, Х. Н. КУПЦОВ,
Э. А. ВОСКАНЯН, Н. В. КРЫЖАНОВСКАЯ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ХИНИДИНА, НОВОКАИНАМИДА И КОРДАНУМА У БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Нарушения ритма, являясь частым спутником сердечно-сосудистых заболеваний, существенно отягощают состояние больных, и иногда представляют непосредственную угрозу жизни [1, 2, 4]. Этим объясняется важность своевременного восстановления синусового ритма у больных с мерцательной аритмией [3, 5]. На сегодняшний день ни все лечебные учреждения располагают возможностью использования электроимпульсной терапии у данной категории больных, которая считается наиболее эффективным средством восстановления синусового ритма, но она имеет и ряд противопоказаний. В связи с этим необходимо продолжать поиск способов медикаментозного восстановления правильного ритма у больных.

В процессе практической работы нами было отмечено, что сочетание нескольких антиаритмических препаратов наиболее часто приводит к восстановлению синусового ритма у больных с мерцательной аритмией. Это послужило поводом для выработки определенной схемы лечения и рекомендации ее применения.

В работе была поставлена задача определения эффективности изолированного применения часто используемых в практической работе препаратов—новокаинамида, хинидина, корданума (талинала). Выработать наиболее эффективную схему их комбинированного применения.

Проведено лечение и обследование 102 больных (38 мужчин и 64 женщины) в возрасте от 23 до 60 лет. С диагнозом ИБС—15 больных, вегето-сосудистая дистония—3, миокардитический кардиосклероз—12 и 72 больных после митральной комиссуротомии по поводу митрального порока сердца в сроки от 3 месяцев до 5 лет. Давность мерцательной аритмии с момента возникновения до 3 месяцев наблюдалась у 23 больных, до 6 месяцев—у 15, до 1 года—у 32, до 3 лет—у 18, более 3 лет—у 14 больных.

Контроль эффективности применяемых антиаритмических средств (сердечные гликозиды, препараты калия, противовоспалительные, мочегонные, седативные и др.) проводился электрокардиографически и электрокардиографически.

Для сравнительной аналогии были изучены результаты изолированного применения новокаинамида у 16 больных, хинидина—у 31, корданума—у 15 больных и 40 больных, получавших препараты в сочетании друг с другом.

Лечение начинали со средних терапевтических доз с постепенным

увеличением при переносимости до максимальной суточной дозы. При отсутствии эффекта от проводимого лечения в течение 7—10 дней применяли электроимпульсную терапию разрядом дефибриллятора.

Результаты лечения показали, что из 16 больных, получавших новокаинамид, синусовый ритм был восстановлен у 2 (12,5%); из 31 больных, получавших хинидин—у 4 (13,2%), а из 15 больных, получавших корданум, синусовый ритм не был восстановлен ни у одного больного. Максимальная суточная доза новокаинамида доводилась до 3,0. У 1 больного препарат был отменен в связи с возникновением общей слабости, головной боли. Непереносимость хинидина в виде тошноты, рвоты, головной боли наблюдалась у 5 из 31 больного. Осложнений от применения корданума, максимальная суточная доза которого доводилась до 400 мг, не отмечалось.

40 больных получали данные препараты комбинированно по следующей схеме. В 1-й день назначался новокаинамид по 0,25 и корданум по 50 мг через 8 час. Со 2-го дня добавлялся хинидин по 0,2 через 12 час. При переносимости каждый последующий день доза хинидина увеличивалась на 0,2. На 3-й день от начала лечения синусовый ритм зарегистрирован у 4 (10%) больных, на 5-й день еще у 6 (15%), на 8-й день еще у 12 (30%) больных. Троем больным лечение было прекращено в связи с появлением побочных явлений. Из 40 больных, леченных по данной схеме, синусовый ритм восстановлен у 22 (55%), стойко удерживаемый к моменту выписки из стационара. После восстановления синусового ритма, больной переводился на поддерживающие дозы: новокаинамид по 0,25-1 раз, корданум по 50 мг-2 раза и хинидин по 0,1-3 раза в сутки через равные промежутки времени.

При выписке из стационара больным рекомендуется продолжить прием препаратов в течение месяца: новокаинамид по 0,25-1 раз, хинидин по 0,1-2 раза и сутки.

Таким образом, исходя из полученных нами результатов можно заключить, что комбинированное применение новокаинамида, корданума и хинидина по предлагаемой схеме является эффективным для лечения больных с мерцательной аритмией, чем изолированное их применение. Данную схему можно рекомендовать для использования в практической работе.

Пятигорский межобластной кардиохирургический центр

Поступила 10/V 1983 г.

Յ. Ն. ԲՈՂՈՅՎ, Բ. Խ. ԷԶԻԵԿՈՎ, Խ. Ն. ԿՈՒՊՅՈՎ, Է. Ա. ՈՍԿԱՆՅԱՆ, Ն. Վ. ԿՐԻՃԱՆՈՎՍԿԱՆՍԱ

ՇՈՂԱՅՈՂ ԱՌԻԹԵՒԱՅՈՎ ՀԻՎԱՆԿԵՐԻ ՄՈՏ ԽԵՆԻՑԻՆԻ, ՆՈՎՈԿԱՆԱՄԻԴԻ ԵՎ ԿՈՐԴԱՆՈՄԻ ԶՈՒԳԱԿՑՎԱՏ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Ստացված տվյալները ցույց են տալիս, որ սինուսային ռիթմի վերականգնման ժամանակ տվյալ դեղամիջոցներով զուգակցված բուժման ժամանակ ստացվում են դրական արդյունքներ: Տրվում է շողացող առիթմայով հիվանդների բուժման սխեման:

D. N. Bogoyev, B. Kh. Ezdekov, Kh. N. Kuptsov, E. A. Voskanian
N. V. Kryzhanovskaya

Effectivity of the Combined Application of Quinidine, Novocainamide and Cordanum in Patients with Fibrillar Arrhythmia

С у м м а г у

The data obtained testify to the efficiency of the combined application of these preparations in recovery of the sinusoidal rhythms. The scheme of the treatment of patients with fibrillar arrhythmia is suggested.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аншелевич Ю. В., Демеш С. Э., Слайдынь А. К., Споран В. Г. Кардиология, 1982, 11, 19—22.
2. Гасилин В. С., Сметнев А. С., Богословский В. А. Кардиология, 1982, 10, 5—10.
3. Гольдбергер Э., Вит М. Лечение больных с тяжелыми заболеваниями сердца. М., 1979.
4. Князев М. Д., Кириченко А. А., Аслибеян И. С. Кардиология, 1982, 11, 15—19.
5. Метелица В. И. Справочник кардиолога по клинической фармакологии. М., 1980.

УДК 616.12—089.5/615.217.2.015.42:612.172

И. В. ОВЧИННИКОВ, Г. Н. ГИММЕЛЬФАРБ, В. Е. КЛЕЙНЕРМАН

ВЛИЯНИЕ ОБЗИДАНА НА ГЕМОДИНАМИКУ И МЕТАБОЛИЗМ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ НЕЙРОЛЕПТАНАЛГЕЗИИ

В настоящее время бета-адреноблокаторы нашли широкое применение в кардиологии и кардиохирургии в качестве эффективных антиаритмических средств [5, 6]. Использование бета-адреноблокаторов в кардиохирургической практике с целью коррекции гемодинамических нарушений неизбежно сопряжено с сочетанным влиянием многих дополнительных факторов, наиболее важным из которых является анестезия. Различные виды анестезии предусматривают использование ряда препаратов, оказывающих выраженное действие на адренергические структуры [1, 3].

В связи с этим можно предположить, что в зависимости от вида анестезии действие бета-адреноблокаторов на гемодинамику и метаболизм миокарда отличается рядом специфических особенностей.

Ранее нами было показано, что метаболические эффекты типично для бета-адреноблокатора обзидана (пропранолол), определяемые по уровню субстратов и активности ферментов в крови, зависят от вида анестезии, на фоне которой производили его введение с целью коррекции гемодинамики [1, 3]. При этом минимальные изменения концентрации субстратов липидно-углеводного обмена и активности некоторых ферментов наблюдались на фоне нейролептаналгезии [1].