

А. Н. КОКОСОВ

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ВИСЦЕРО-КОРОНАРНОЙ
СТЕНОКАРДИЕЙ АРПЕНАЛОМ

Среди многообразных патогенетических механизмов, вызывающих приступы стенокардии, клиницистам более известна роль висцеро-коронарных рефлексов со стороны патологически измененных органов брюшной полости. Стенокардии такого рода Клиникой факультетской терапии Свердловского медицинского института объединяются под названием висцеро-коронарных. Из 2010 наблюдений за 6 лет они имели место более чем у 1/3 больных стенокардией.

Повседневные клинические наблюдения свидетельствуют о благоприятном действии при висцеро-коронарной стенокардии холинолитических препаратов, улучшающих функциональное состояние гладкомышечных органов брюшной полости, являющихся в этих случаях очагами ирритации для патологических висцеро-коронарных рефлексов.

Наше внимание привлек новый холинолитик арпенал, являющийся сложным эфиром диэтиламинопропанола и дифенилуксусной кислоты, синтезированный в Институте тонкой органической химии АН Армянской ССР. По своим фармакологическим свойствам арпенал обладает выраженным блокирующим действием на никотиночувствительные холинореактивные структуры в центральной нервной системе и в вегетативных ганглиях; в несколько меньшей степени он противодействует мускариноподобным эффектам ацетилхолина. Арпенал был применен у 60 больных (мужчин—26, женщин—34) в возрасте от 41 до 70 лет; из них у 3 применялся дважды. В стационаре проходили лечение 42 чел., из них 5 в последующем лечились амбулаторно, а 15—в условиях скорой помощи. У 14 больных приступы стенокардии возникали на фоне гипертонической болезни (IIА стадии—у 9, IIБ стадии—у 5). Продолжительность заболевания составляла от 2 до 15 лет и более. У 2 больных препарат был применен в остром периоде инфаркта миокарда, 5 перенесли инфаркт сердца в прошлом. Двое больных перед началом лечения имели мерцательную аритмию и один—желудочковую экстрасистолию, 8—сопутствующие основному заболеванию приступы бронхиальной астмы, при которых применение арпенала также является целесообразным [2, 3], что подтверждалось наблюдениями и нашей клиники.

Необходимо подчеркнуть, что у большинства больных (55 из 60) имели место активные очаги ирритации патологических висцеро-коронарных рефлексов со стороны желчного пузыря, 12-перстной кишки, мо-

чевыводящих путей в виде обострений холецистита, язвенной болезни, почечно-каменной болезни и др.

При выраженном спастическом болевом синдроме лечение начиналось с подкожных инъекций арпенала в дозе 0,02 г (1 мл 2%-ного раствора) и при хорошей переносимости препарата доводилась до 0,06 г (3 мл 2%-ного раствора по 1 мл 3 раза в день). При менее тяжелом состоянии больных арпенал назначался в порошках в дозе 0,05 г 3—4 раза в день. Во всех случаях доза распределялась равномерно в течение дня. С уменьшением болей, а также в случае появления побочных явлений суточная доза препарата постепенно уменьшалась. Если же в течение 5—7 дней эффекта не наступало, то препарат отменялся. Лечение всех больных проводилось на фоне соответствующей диеты. При определенных показаниях, кроме арпенала, больные получали желчегонные и сердечно-сосудистые средства. Средняя продолжительность курсового лечения равнялась 2,5 неделям. В условиях скорой помощи арпенал обычно вводился однократно в дозе 0,04 г (2 мл 2%-ного раствора).

Лечение арпеналом больных с преимущественно висцеро-коронарным генезом стенокардии оказалось наиболее эффективным. Так, в результате курсового применения препарата полное обезболивание отмечено у 32 больных (более чем у 2/3). У 8 больных, в том числе двое в остром периоде инфаркта миокарда с обострением хронического холецистита и рефлексорными коронароспазмами, наблюдалось уменьшение числа и ослабление интенсивности приступов стенокардии. Во всех этих случаях имело место одновременное уменьшение диспептических расстройств и болей в животе спастического характера, а также улучшение функции кишечника. Что же касается 5 больных, у которых на основании данных клинического наблюдения (стойкое повышение артериального давления, болевые приступы при напряжении и в покое, инфаркты миокарда в анамнезе, изменения на электрокардиограмме и др.) можно было говорить о преимущественно коронаросклеротическом генезе, то применение арпенала у них дало лишь кратковременное ослабление интенсивности болевых приступов.

В свою очередь, применение арпенала в условиях скорой помощи в большинстве случаев купировало сочетанный абдоминальный и коронарный болевой синдром на протяжении 30—60 мин. с момента введения препарата. Однако у больных с гипертонической болезнью в случае повышения артериального давления влияние арпенала на сердечные боли оказывалось менее эффективным, что, по-видимому, было связано с более сложным патогенезом коронарных болей.

Под влиянием арпенала пульс у большинства больных замедлялся от 8 до 30 ударов в 1 мин., что отчетливее проявлялось после парентерального введения разовой дозы при исходной тахикардии. Артериальное давление под влиянием арпенала снижалось: систолическое—от 10 до 40 мм, диастолическое—от 5 до 25 мм рт. ст. Это более наглядно проявлялось у больных гипертонической болезнью в состоянии криза. Однако арпенал проявлял такое гипотензивное действие лишь у больных с не-

стойким повышением артериального давления—при гипертонической болезни II стадии в фазе А, в то время как в фазе Б отмечалось лишь незначительное снижение систолического давления, а диастолическое оставалось на прежнем уровне. При нормотонии и при гипотонии (два наблюдения) лечение арпеналом не оказывало существенного влияния на уровень артериального давления.

При анализе электрокардиограмм (ЭКГ) у 1/3 больных, у которых лечение арпеналом дало обезболивающий эффект, мы отметили в динамике некоторое улучшение конечной части электрокардиографического комплекса (интервал ST и зубец T), что рассматривали как показатель улучшения коронарного кровообращения. Улучшению ЭКГ у таких больных соответствовало исчезновение зон повышенной электропроводности кожи в соответствующих дерматомах в области сердца и на передней брюшной стенке, определяемых гальванопальпацией по методике Е. Т. Залькиндсон. У остальных больных с висцеро-коронарной стенокардией в процессе лечения эти зоны значительно уменьшились.

Влияние аппарата на мерцательную аритмию у двух больных и стойкую желудочковую экстрасистолию у одного не отмечено. Мы не отметили определенных сдвигов и со стороны общепринятых клинических анализов крови, мочи, а также протромбинового индекса и содержания холестерина в крови.

Клинический анализ случаев малой эффективности арпенала у больных с висцеро-коронарной стенокардией привел нас к выявлению роли калькулезного холецистита и перивисцерита, поддерживающих упорство патологических висцеро-коронарных рефлексов.

Из побочных действий препарата необходимо отметить ощущение сухости во рту у 10 больных, нарушение аккомодации—у 3, головокружение—у 3, своеобразное легкое опьянение—у 1. У некоторых больных указанные явления сочетались. Все они были нестойкими, продолжаясь от нескольких минут до 1—2 ч., и быстро исчезали после отмены препарата.

Таким образом, учитывая наш небольшой опыт, мы рекомендуем применение арпенала у больных со стенокардией висцеро-коронарного генеза, часто связанной с обострениями хронически протекающих заболеваний гладкомышечных органов брюшной полости (холецистит, дуоденит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, кишечные дискинезии и др.). У этих больных спазмолитическое и ганглиоблокирующее действие арпенала оказывает благоприятное влияние как в отношении основного желудочно-кишечного заболевания, так и сопутствующих ему рефлекторных коронарораспазмов.

Ա. Ն. ԿՈԿՈՍՈՎ

ԸՆԴԵՐԱ-ՊՍԱԿԱԶԵՎ ՍՏԵՆՈԿԱՐԴԻԱՅՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ
ԱՐՊԵՆԱԼՈՎ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Սույն աշխատանքում բերված են 60 հիվանդների արպենալային բուժման արդյունքները՝ ինչպես շտապ օգնության (սուր նոպաների ժամանակ), այնպես էլ տևական կուրսային բուժման դեպքում:

Հիվանդների մեծ մասի մոտ վերացել են սրտի շրջանի ցավերը, պակասել է պուլսի հաճախականությունը և արյան ճնշման մակարդակը:

Երբ ընդերա-պսակաձևային ռեֆլեքսի առաջացման պատճառն եղել է լեղապարկի քարը, արպենալի դրական ազդեցությունն ավելի թույլ է եղել:

Հետազոտության արդյունքները թույլ են տալիս եզրակացնելու, որ արպենալային բուժումը ավելի էֆեկտիվ է լեղապարկի բորբոքման, խոցային հիվանդության և փորի խոռոչի հարթմկանային այլ օրգանների խրոնիկ հիվանդությունների ժամանակ նկատվող ընդերա-պսակաձև ծագում ունեցող ստենոկարդիայի ժամանակ: Համեմատաբար նվազ է կոյունարոսկլերոտիկ ծագում ունեցող ստենոկարդիայի ժամանակ (միոկարդի ինֆարկտ և պսակաձև զարկերակների սկլերոզ ունեցող հիվանդների մոտ):

Ընդերա-պսակաձև ծագմամբ ստենոկարդիայով հիվանդների մոտ արպենալի սպազմոլիտիկ և գանգլիոբլոկոզ հատկությունը բարերար ազդեցություն է թողնում ինչպես հիմնական հիվանդության, այնպես էլ ուղեկցող պսակաձև զարկերակների սպազմի վրա: