

УДК 616.132.2—007.64+616.12—008.313:615.22

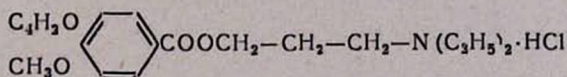
Д. С. МАРКАРЯН

ИЗ ОПЫТА ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА БУВАНИД В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Было проведено клиническое испытание препарата буванид, предложенного для лечения аритмий, сопровождающихся коронарной недостаточностью.

Выявлено, что буванид обладает спазмолитическим и гипотензивным эффектом, вызывая брадикардию, уменьшение болевых симптомов при улучшении общего состояния больных. Каким-либо побочным действием препарат не обладает.

В последнее время в Институте тонкой органической химии АН Арм. ССР синтезирован новый препарат—буванид, предложенный для лечения аритмий, обусловленных и сопровождающихся коронарной недостаточностью. Буванид



является гидрохлоридом диэтиламинопропилового эфира, 3-метокси-4-бутокси бензойной кислоты. Это белый кристаллический порошок, растворимый в воде, в метиловом, этиловом спиртах, хуже в ацетоне, бензоле; температура плавления 140—141°.

Буванид в эксперименте в дозах, обладающих антиаритмическим действием, увеличивает коронарный кровоток, при ежедневном введении в течение четырех недель не оказывает влияния на картину крови и мочи, температуру и вес животных. Препарат при раздражении блуждающего нерва частично блокирует никотиночувствительные холинореактивные системы и не оказывает влияния на мускариночувствительные холинорецепторы, уменьшает спазм бронхов, снижает артериальное давление (АД). Учитывая коронарорасширяющий эффект буванида в эксперименте, мы решили внедрить препарат в лечебную практику при коронарной недостаточности, проведя одновременно его клиническое испытание.

Методика была следующая: при однократном применении буванида через каждые 30 мин. в течение трех часов снималась ЭКГ в двенадцати отведениях, измерялось АД, проверялось самочувствие, а также определялись электролиты (Na, K) в плазме и эритроцитах крови методом пламенной фотометрии. Кровь для исследования бралась натощак из локтевой вены в пробирку с гепарином до и через 30 мин. после дачи препарата.

Контрольной группой служили 25 практически здоровых лиц в возрасте 17—56 лет (мужчин было 21, женщин 4), причем 13 получали препарат по 2,01, а 12—по 4,01%-ного раствора.

Получены следующие данные: в течение всего наблюдения самочувствие у обследуемых не изменилось. Через 30—60 мин. после дачи препарата у 7 из 13 больных появилась брадикардия, которая сохранялась на протяжении всего наблюдения. У 11 электрокардиографических изменений не было отмечено, у двоих было установлено кратковременное (на 30—40 мин.) снижение АД (на 10—15 мм рт. ст.), у двух ухудшение коронарного кровообращения: у одного оно выражалось в уменьшении величины зубца Т с одновременной депрессией сегмента ST в отведениях I, II, avz, v₅, v₆, а у другого во втором грудном отведении зубец Т из положительного стал двухфазным.

Следующие 12 человек (здоровые) получали буванид в дозе 4,0 1%-ного раствора. У всех обследуемых самочувствие оставалось хорошим. У 10 человек электрокардиографических изменений не было выявлено, у 6 через 30—60 мин. после дачи препарата появилась брадикардия, у одного наблюдалось колебание АД, у двух—увеличение величины зубца Т в пределах нормальных величин.

Отмечались также определенные сдвиги в электролитном составе крови (Na, K). После введения препарата было выявлено увеличение содержания K и Na в эритроцитах. Так, если до введения буванида содержание K в эритроцитах равнялось $202 \pm 7,3$, Na— $87,1 \pm 5,1$ мг%, то через 30 мин. после его введения стало $311,5 \pm 13,2$, $91,4 \pm 13,1$ мг% соответственно.

С целью выявления коронарорасширяющего действия буванида мы применили его у 37 больных с нарушением коронарного кровообращения в возрасте 22—72 лет. Из них мужчин было 22, женщин 15. Препарат применяли в дозе 4,0 1%-ного раствора. 22 больных страдало атеросклерозом венечных сосудов, у 5 из них был гипертонический синдром. 10 человек страдало гипертонической болезнью (у одного I, у 9—II стадии). Рефлекторной стенокардией страдало 4 больных, у одного имелась нейроциркуляторная дистония. Длительность заболевания менее одного года отмечалась у 15, от одного года до 5 лет—у 11, с 6 до 10 лет—у 11 больных.

В анамнезе перенесенный инфаркт миокарда имелся у 3 больных, у 2 была установлена хроническая аневризма левого желудочка. Недостаточность кровообращения наблюдалась у 6 больных.

Диагноз нарушения коронарного кровообращения ставился на основании клинической картины и данных инструментального и лабораторного исследований. У 21 больного были загрудинные тупые боли с иррадиацией в левую руку и лопатку. Почти все больные с гипертонией жаловались на головную боль. На ЭКГ отклонение электрической оси влево было зарегистрировано у 5, гипертрофия левого желудочка имела у 23, депрессия сегмента ST—у 8, малый зубец Т—у 3, отрицательный зубец Т—у 13, депрессия ST с инверсией зубца Т—у 8 больных.

У 9 больных преимущественно молодого и среднего возраста с нейрциркуляторной дистонией и рефлекторной стенокардией гипертрофия левого желудочка не была зарегистрирована.

В период наблюдения большинства больных отмечалось улучшение общего состояния, уменьшение головных и загрудинных болей, сердцебиения. У всех больных возникала некоторая брадикардия (20—30 мин.), определялось снижение максимального (на 30—50 мм рт. ст.) и минимального (на 20—30 мм рт. ст) АД. Этими исследованиями был установлен сосудорасширяющий эффект препарата на коронарные и периферические сосуды.

На ЭКГ у 20 больных отмечалась положительная динамика, выразившаяся в нормализации сегмента ST (7 случаев), в переходе зубца Т из отрицательной в положительную фазу (9 случаев) в некоторых отведениях.

У 12 больных электрокардиографическая картина оставалась без изменений. У одного больного буванид вызвал двухфазное действие: после инъекции препарата через 30 мин. наблюдалось ухудшение коронарного кровообращения—депрессия сегмента ST в отведениях I, avz, v₅, v₆ стала более выражена, начиная со второго часа и до конца наблюдения депрессия ST стала меньше исходного, у 4 больных отмечалось ухудшение коронарного кровообращения, которое выражалось в увеличении инверсии зубца Т в некоторых отведениях. На ЭКГ коронарорасширяющее действие было отмечено у больных преимущественно молодого и среднего возраста, у пожилых больных с выраженным атеросклерозом эффект не наблюдался.

Изменений со стороны дыхания не отмечалось.

Снижение интенсивности болей и изменения на ЭКГ наступали через 30—60 мин., достигали своего максимума через 2 часа и длились 3 и более часов (в ряде случаев 6 часов).

Гипотензивное действие препарата выявилось и при однократном применении, и при курсовом лечении. У 5 больных с гипертонией удалось нормализовать АД без применения других средств. Больные получали буванид внутримышечно 3 раза в день по 4,0 в течение 20 дней. У всех больных после проведения курсового лечения отмечалось стойкое улучшение коронарного кровообращения с нормализацией ЭКГ.

В ы ы о д ы

1. При однократном применении буванида действие препарата проявляется через 30—60 мин., достигает своего максимума через 2 часа и длится более 3 часов.

2. Препарат как в разовой дозе, так и при курсовом лечении вызывает у части больных улучшение ЭКГ картины (приближение интервала ST к изоэлектрическому уровню, нормализация зубца Т).

3. Буванид оказывает гипотензивный эффект при наличии исходного повышенного АД, вызывает брадикардию, уменьшает болевой синдром и улучшает общее состояние.

4. Буванид вызывает изменения в электролитном балансе, увеличивая уровень К в эритроцитах.

5. Подобных явлений при применении препарата нами не выявлено.

Кафедра госпитальной терапии
Ереванского медицинского института

Поступила 9/X 1972 г.

Դ. Մ. ՄԱՐԿԱՐՅԱՆ

ՆՈՐ ՀԱՅՐԵՆԱԿԱՆ ՊՐԵՊԱՐԱՏ «ԲՈՒՎԱՆԻԴ»-Ի ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ
ՊԱԿԵՏԻԿԱՅՈՒՄ ԿԻՐԱՌՄԱՆ ՓՈՐՁԻՑ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Խրոնիկական կորոնար անբավարարությամբ 37 հիվանդների և 25 առողջ մարդկանց մոտ կատարվել են կլինիկո-լաբորատոր հետազոտություններ բուժանիդը տալուց առաջ և հետո, 3 ժամվա ընթացքում: Հիվանդների մի մասը ենթարկվել է տեական հետազոտության կուրսային բուժման ընթացքում: Կատարված հետազոտությունները հնարավորություն են տվել պարզել բուժանիդի հիպոտենզիվ կորոնարոլիտիկ հատկությունները:

Դեղամիջոցը առաջարկվում է խրոնիկական կորոնար անբավարարության բուժման համար, հատկապես երբ վերջինս զուգակցվում է հիպերտոնիայի հետ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Миловидова С. С. Советская медицина, 1963, 1, стр. 21.
2. Левина С. А. Материалы I Куйбышевской областной кардиологической конференции. Куйбышев, 1966, стр. 138.