

ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ХЛОРАЦИЗИНА

Е. Л. Тынянова и Г. И. Бернштейн

Ярославская городская клиническая больница им. Н. В. Соловьева
(главврач — П. М. Мешавкина), клиника госпитальной терапии
Ярославского медицинского института (зав. — проф. М. Э. Василевский)

Хлорацизин, синтезированный в отделе химии института фармакологии и химиотерапии АМН СССР (С. В. Журавлев и А. Н. Грищенко), — светло-желтый мелкокристаллический порошок, хорошо растворимый в воде и физиологическом растворе. Хлорацизин относится к 10-диалкиламиноацильным производным фенотиазина, которые, по данным Дальбома (1952) и О. В. Вихляева (1956), обладают выраженными спазмолитическими и холинолитическими свойствами.

По холинолитической активности хлорацизин превосходит папаверин, тифен и апрофен. Он хорошо всасывается в желудочно-кишечном тракте. Действие его продолжается от 1,5 до 2—2,5 час. Препарат эффективен при лечении хронической коронарной недостаточности на почве атеросклеротического кардиосклероза, гипертонической болезни и пороков сердца. Ангине невртической стенокардия поддавалась лечению хлорацизинном значительно хуже. Из побочных явлений отмечена сухость во рту, тошнота, рвота, запоры, головокружение и парестезии. Противопоказания — болезни печени и почек. Препарат выпущен в виде таблеток по 0,015.

Мы наблюдали 57 больных, 54 лечились в стационаре и 3 в поликлинике. Мужчин было 25, женщин — 32.

Кардиосклероз атеросклеротический и миокардитический был у 19 (из них у 3 в анамнезе был инфаркт миокарда), подострый инфаркт миокарда — у 2, гипертоническая болезнь II—III ст. — у 12, коронарит ревматический — у 13, кардионевроз — у 4 больных.

Учитывая, что у лиц, страдающих одновременно коронарной болезнью и бронхиальной астмой, прием хлорацизина оказывает благотворное влияние и на астму, мы лечили им и 7 больных только бронхиальной астмой.

Для лечения хлорацизинном мы отбирали больных с частыми приступами стенокардин, с наличием на ЭКГ характерных для хронической коронарной недостаточности изменений.

У больных с бронхиальной астмой приступы бывали ежедневными и сочетались с хроническим бронхитом.

Лечение чаще начиналось обычными спазмолитическими средствами, а при отсутствии эффекта эти средства заменялись хлорацизинном. В ряде случаев лечение сразу же начиналось с назначения хлорацизина. У незначительного количества больных хлорацизин сочетался с ранее назначенными медикаментами. Больные гипертонической болезнью одновременно с хлорацизинном получали резерпин, или дибазол, или серпоксидную магнезию.

Мы давали хлорацизин курсами (2—4 недели), по 0,015 3 раза в день, а при появлении сухости во рту, головокружениях — по 0,0075 4 раза в день. Следует отметить, что изменение дозировки ни разу не сказалось отрицательно на результатах лечения.

Эффективность лечения оценивалась по уменьшению интенсивности приступов, их частоты, а у больных с коронарной недостаточностью — по изменениям на ЭКГ, БКГ, ФКГ.

Следующая таблица дает представление об эффективности лечения наших больных хлорацизинном.

Диагноз	Всего больных	Эффективность лечения		
		хорошая	удовлетворительная	без эффекта
Кардиосклероз	19	13	4	2
Подострый инфаркт миокарда	2	1	1	—
Гипертоническая болезнь II и III ст.	12	8	4	—
Ревматизм, порок сердца, коронарит	13	8	4	1
Кардионевроз	4	—	3	1
Бронхиальная астма	7	—	4	3
Всего	57	30	20	7

Мы считали эффект от лечения хорошим у тех больных, у которых приступы болей или удушья прекращались; удовлетворительным — когда приступы становились реже и слабее. Лучший клинический эффект мы получали у более тяжелых больных. Так, 2 больных, употреблявших до лечения по 10—12 таблеток нитроглицерина в день, во время приема хлорацизина прибегали к приему нитроглицерина 1—2 раза, а позже обходились и вовсе без него в течение длительного срока. У 4 больных, страдавших стенокардией и приступами смешанной (кардиальной и бронхиальной) астмы, под влиянием хлорацизина эти приступы и боли прекратились. У одного больного ревмокардиосклерозом с экстрасистолией и стенокардией исчезли и боли, и аритмия. У 2 больных с ревматическими пороками сердца, сопровождавшимися стенокардитическими болями, хлорацизин снял эти боли и одновременно улучшил состояние декомпенсации.

Эффект от хлорацизина наступает на 3—6-й день от начала лечения, а в некоторых случаях — уже через 1—2 дня, и длится 2—3 недели по окончании курса.

При анализе ЭКГ, снятых у больных с кардиосклерозом, гипертонической болезнью и ревматизмом, в большинстве случаев были выявлены характерные для хронической коронарной недостаточности изменения (отрицательный коронарный Т, снижение интервала ST ниже изолинии). У небольшого числа больных изменения ЭКГ выражались в диффузных нарушениях в миокарде или в нарушении биоэлектрических процессов (снижение вольтажа, низкий Т).

Отмечался параллелизм между степенью изменений ЭКГ и нарушением сократительной функции сердца по данным БКГ, которая очень чувствительна к нарушениям коронарного кровообращения. Мы наблюдали у больных с кардиосклерозом и особенно у тех, кто имел ранее инфаркт миокарда, значительные изменения БКГ вплоть до IV ст. У незначительной части больных изменения БКГ не превышали I и I—II ст. нарушений по Броуну. Анализируя ФКГ, мы обращали внимание на интервал Q—I тон, интервал I—II тон, а также определяли соотношение между электрической и механической систолами. У больных с кардиосклерозом отмечено увеличение интервала Q—I тон до 0,10", уменьшение интервала I—II тон до 0,26" (у одного больного), у 6 больных отмечен МЭК менее 85%. У больных с менее выраженными изменениями в сердце ФКГ оставалась нормальной. Изучение данных ЭКГ, БКГ и ФКГ в динамике при применении хлорацизина привело нас к выводу о стабильности этих изменений у подавляющего большинства больных. Лишь в единичных случаях эти показатели улучшались.

Побочными действиями хлорацизина, по нашим наблюдениям, являются сухость во рту, головокружения, снижение аппетита, парестезии и чувство необъяснимой тревоги. У 4 больных они были настолько сильными и мучительными, что, несмотря на хороший лечебный эффект, мы вынуждены были отменить препарат. Побочные явления сразу же прошли.

ВЫВОДЫ

1. Хлорацизин может быть с успехом использован для лечения частых приступов стенокардии различной этиологии и в меньшей мере — для лечения бронхиальной астмы как самостоятельно, так и в сочетании с другими медикаментами.
2. Для купирования приступа стенокардии и бронхиальной астмы хлорацизин не пригоден.
3. Лучше всего эффективность хлорацизина проявляется при выраженном коронарокардиосклерозе.
4. Изменения ЭКГ и БКГ отстают от клинического улучшения, оставаясь довольно стабильными к концу лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вихляев Ю. И. В кн.: Новые данные по фармакологии и клинике производных фенатиазинового ряда. Уч. зап. Ин-та фарм. и химиотер. АМН СССР, т. I. М., 1958.
2. Вихляев Ю. И., Каверина Н. В. Там же; Фарм. и токс., 1959, 1.—3. Закусов В. В. и Каверина Н. В., Остапюк Ф. Е. В кн.: Новые данные по фармакологии коронарного кровообращения. Уч. зап. Ин-та фарм. и химиотер. АМН СССР, т. II. М., 1960.