

ПРИМЕНЕНИЕ МЕБИКАРА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Т. С. Тагирова

Кафедра терапий № 1 (зав. — проф. Л. А. Щербатенко) Казанского института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина

Первостепенной задачей в остром периоде инфаркта миокарда является раннее и полное обезболивание, которое не только облегчает страдания больного, но и предупреждает развитие рефлекторного коллапса, ранних аритмий, отека легких. Однако еще не найдено адекватного средства, которое обладало бы сильным обезболивающим эффектом и в то же время не угнетало сердечную и дыхательную системы. Наркотические и ненаркотические анальгетики, применяемые в настоящее время для купирования болевого синдрома, ведут к полному обезболиванию только в 15—30% случаев, к неполному — в 40—60% [3, 5]. Кроме того, им свойственны нежелательные побочные эффекты: угнетение дыхательного центра, падение артериального давления, урежение пульса [3, 4, 6]. Все изложенное выше побуждает к дальнейшим поискам обезболивающих средств.

В связи с этим наше внимание привлек новый отечественный транквилизатор мебикар. Предпосылкой к его применению в остром болевом периоде инфаркта миокарда послужили экспериментальные данные [1, 2] об анальгезирующем действии и способности мебикара потенцировать влияние наркотиков и анальгетиков.

Обследовано 59 больных острым инфарктом миокарда (37 мужчин и 22 женщины) в возрасте от 33 до 72 лет, у которых на догоспитальном этапе болевой приступ не был купирован. 32 больным мебикар вводили внутримышечно в виде 10% раствора в дозе 6,0—10,0 для изучения его собственно обезболивающего действия. 12 пациентам мебикар сочетали с фентанилом для потенцирования обезболивающего эффекта последнего, при этом доза мебикара оставалась прежней, доза фентанила составляла 1,0—2,0 0,005% раствора. В группу сравнения вошли 15 больных (10 мужчин и 5 женщин), которым в аналогичных ситуациях вводили только фентанил в указанной дозе. Изучали влияние препаратов на силу и продолжительность болевого приступа, частоту пульса, величину артериального давления, ритм и глубину дыхания, нервно-психический статус. Интенсивность болей оценивали по балльной системе: очень сильные боли — 3 балла, сильные — 2, умеренные — 1, отсутствие болей — 0.

Установлено, что мебикар оказывает обезболивающий эффект в остром периоде инфаркта миокарда (табл. 1).

Таблица 1

Влияние мебикара на болевой синдром и некоторые физиологические показатели (n=32)

Показатели	До введения	После введения	P
Интенсивность боли, баллы	2,0±0,4	1,2±0,2	<0,01
Частота пульса, уд. в 1 мин	78,7±2,4	77,0±2,3	>0,05
АД систолическое, кПа	17,5±0,5	16,7±0,5	>0,05
АД диастолическое, кПа	10,8±0,3	10,5±0,2	>0,05
Число дыханий, в 1 мин	18,1±0,4	17,9±0,3	>0,05

Как видно из табл. 1, через 15 мин после введения мебикара интенсивность болевого приступа достоверно изменялась. Снимая или значительно ослабляя боль, мебикар ни в одном случае не привел к снижению сегмента ST электрокардиограммы. Частота пульса, артериальное давление и ритм дыхания существенно не изменялись. Действие мебикара наступало через 10—15 мин и продолжалось до $67,2 \pm 5,4$ мин. Положительным свойством мебикара следует считать и его транквилизирующее действие. Под влиянием препарата проходило состояние возбуждения, страха, часто даже

при неполном купировании болей больные засыпали. Полное купирование болей отмечено у 34,5% больных, их ослабление — у 28%, эффект отсутствовал у 37,5%.

В табл. 2 и 3 представлены результаты применения фентанила и комбинации мебикара с фентанилом.

Таблица 2

Влияние фентанила на болевой синдром и некоторые физиологические показатели (n=15)

Показатели	До введения	После введения	P
Интенсивность боли, баллы	2,4±0,1	0,9±0,9	<0,001
Частота пульса, уд. в 1 мин	84,2±3,5	87,5±4,3	>0,05
АД систолическое, кПа	18,6±1,4	16,5±1,0	<0,05
АД диастолическое, кПа	10,8±0,3	10,4±0,2	>0,05
Число дыханий, в 1 мин	19,8±0,2	16,5±0,1	>0,05

Таблица 3

Влияние мебикара и фентанила на болевой синдром и некоторые физиологические показатели (n=12)

Показатели	До введения	После введения	P
Интенсивность боли, баллы	2,5±0,2	0,8±0,1	<0,001
Частота пульса, уд. в 1 мин	85,4±5,0	81,0±4,5	<0,05
АД систолическое, кПа	17,1±0,9	17,0±0,7	>0,05
АД диастолическое, кПа	11,0±0,5	11,0±0,4	>0,05
Число дыханий, в 1 мин	18,2±0,4	17,8±0,5	>0,05

Как видно из табл. 2, фентанил отдельно оказывал сильное, быстрое, но кратковременное действие. После его введения максимальный анальгезирующий эффект развивался на 5-й минуте, общая продолжительность действия достигала в среднем 28,6±2,3 мин. Боли полностью купировались у 42,2% больных, уменьшились — у 31,5%, эффект отсутствовал у 26,1%. После применения фентанила наблюдалось некоторое (статистически недостоверное) угнетение дыхания. Снизилось систолическое АД, имелась тенденция к учащению пульса.

Мибикар в сочетании с фентанилом обладает более выраженным и продолжительным эффектом. Общая продолжительность действия составляла 95,6±6,1 мин, при этом учащения пульса, угнетения дыхания и снижения АД не наблюдалось. Полное обезболивание было достигнуто у 80% больных, у остальных боль значительно уменьшилась. Одновременно снимались психомоторное возбуждение, тревога, страх. У 33% больных наступил глубокий сон.

Таким образом, мебикар оказывает обезболивающий эффект в остром периоде инфаркта миокарда. Мибикар в комбинации с фентанилом усиливает анальгезирующий эффект последнего и устраняет его побочное влияние на сердечно-сосудистую систему. Все это позволяет рекомендовать мебикар как для самостоятельного применения, так и в сочетании с фентанилом для купирования болевого синдрома в остром периоде инфаркта миокарда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зимакова И. Е. Фармакол. и токсикол., 1977, 6.—2. Зимакова И. Е., Зайко-Оникова И. В., Камбург Р. А. и др. Бюлл. exper. биол., 1981, 12.—3. Малая Л. Т., Власенко М. А., Микляев И. Ю. В кн.: Инфаркт миокарда. М., Медицина, 1981.—4. Руда М. Я., Зыско А. П. Там же.—5. Сметнев А. С., Петрова Л. И., Закин А. М. Тер. арх., 1971, 3.—6. Trigano J., Torregiani J., Zouve A. Rev. Practic., 1974, 55, 5019.

Поступила 7 июня 1983 г.