

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

В.Е. Ким, С.А. Салехов, А.А. Донгей

Анализируется эффективность гепатопротекторной терапии препаратом Гепа-Мерц® при перитоните.

Ключевые слова: перитонит; гепатопротекторная терапия; Гепа-Мерц®; пульс-лейкоцитарно-температурного индекса интоксикации; молекулы средней массы.

На фоне перитонита тяжелая интоксикация, повышенная нагрузка, снижение печеночного кровотока являются теми патогенетическими факторами, которые приводят к развитию печеночной, а затем и полиорганной недостаточности. При этом выраженные дегенеративно-дистрофические процессы в печени, развивающиеся на фоне перитонита, приводят к нарушению детоксикационной функции, что сопровождается нарастанием эндогенной интоксикации [1, 2].

Особое значение это приобретает при интраоперационном массивном поступлении эндотоксинов из пищеварительного тракта по портальной системе во время ревизии брюшной полости.

Следует отметить, что при синтезе белка в печени происходит утилизация мочевины, обладающей токсичностью.

Соответственно, гепатопротекторная терапия и обеспечение условий для нормального функционирования печени при перитоните приобретает первостепенное значение.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ результатов оценки функционального состояния печени у 99 пациентов, прооперированных по поводу острых хирургических заболеваний и травм органов брюшной полости, осложненных перитонитом.

В зависимости от особенностей гепатопротекторной терапии больных разделили на две

группы. В I группу вошли 34 больных с перитонитом, которым в послеоперационном периоде проводили общепринятую интенсивную терапию. Во II группе 65 больным с перитонитом дополнительно назначали гепатопротектор Гепа-Мерц. В состав препарата Гепа-Мерц входит дипептид орнитина-аспартат, который диссоциирует на орнитин и аспарагин. При этом орнитин является активатором орнитинкарбамоилтрансферазы и карбамоилфосфатсинтетазы, что обеспечивает образование субстрата для синтеза мочевины, а соответственно, и увеличение синтеза мочевины в цикле мочевинообразования и далее глутамина, которые происходят в перипортальных гепатоцитах.

Аспартат и дикарбоксилаты на фоне патологического процесса поглощаются перивенозными клетками печени и служат субстратом и активатором синтеза глутамина, уровень которого при печеночной недостаточности уменьшается почти на 80,0%. При этом активизируется связывание аммиака в форме глутамина, перевод его в нетоксичную форму.

Возраст пациентов в исследуемых группах колебался от 27 до 50 лет. В первой группе средний возраст больных составил $41,2 \pm 3,6$ лет, а во второй – $40,7 \pm 4,1$.

По возрасту, характеру и стадии заболевания, результатам общеклинического, микробиологического, показателям интоксикации, гемодина-

мики, состоянию кислотно-щелочного равновесия, азотистого баланса и кислородтранспортной функции крови исследуемые группы соответствовали друг другу и были сопоставимы.

Критериями для анализа являлись динамика показателей пульс-лейкоцитарно-температурного индекса интоксикации (ПЛТИИ), молекул средней массы (МСМ), мочевины и общего белка. Определение исследуемых показателей проводили до операции и на 1, 3 и 5-е сутки после нее.

Обсуждение результатов. До операции, на фоне перитонита наблюдались достоверные изменения ПЛТИИ и МСМ по сравнению с нормальными показателями.

Следует отметить, что изменения, зарегистрированные до операции, через 1 сутки после операции еще больше усугубились, что было связано с операционной травмой.

Показатели интоксикации в исследуемых группах через 5 суток после операции

Показатель	Группа		
	Норма	I	II
ПЛТИИ	2,8±0,3	7,2±0,4*	4,4±0,6+
МСМ	0,23±0,02	0,43±0,02*,+	0,29±0,02+
Мочевина, ммоль/л	34,7±1,7	98,7±1,4*,+	79,4±1,8*,+
Общий белок, г/л	70,5±4,3	54,3±2,2*,+	67,1±1,3+

* $p < 0,05$ – достоверность различий по сравнению с нормальными показателями; + $p < 0,05$ – достоверность различий между группами.

Положительная динамика исследуемых показателей наметилась через 3 суток после опе-

рации и сохранялась в более поздние сроки (см. таблицу). При этом положительная динамика во II группе была более выраженной, чем в I.

Так, в I группе через 5 суток после операции сохранялась достоверность различий с нормальными показателями в отношении значений ПЛТИИ, МСМ, содержания мочевины и белка в крови ($p < 0,05$). В отличие от этого во II группе достоверных различий с нормальными показателями в значениях ПЛТИИ, МСМ и содержания белка в крови выявлено не было ($p > 0,05$). Лишь уровень мочевины достоверно превышал нормальные показатели ($p < 0,05$). При этом различия всех исследуемых показателей во II группе по сравнению с I были достоверными ($p < 0,05$), что свидетельствовало о более высокой эффективности детоксикационной терапии во II группе.

Таким образом, применение в периоперационном периоде опосредованного гепатопротектора Гепа-Мерц было патогенетически обосновано, поскольку позволило уменьшить явления интоксикации, о чем свидетельствовала более быстрая тенденция к нормализации показателей ПЛТИИ, МСМ, уровня мочевины и содержания белка в крови у больных II группы, чем в I, где Гепа-Мерц не применяли.

Литература

1. Гридчик И.Е. Клинико-экономическая оценка интенсивной терапии больных абдоминальным сепсисом: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2005. 42 с.
2. Салехов С.А., Корабельников А.И., Ким В.Е., Новиков В.Д. Патогенетические аспекты детоксикационной терапии при хирургической инфекции // Мат. XII итоговой научн. конф. ИМО НовГУ. Великий Новгород, 2005. Т. 2. С. 241–245.