

Аганцев А.М., Супрун Е.В.

ВЛИЯНИЕ АНЕСТЕЗИИ ПРОПОФОЛОМ И СЕВОФЛУРАНОМ НА ФУНКЦИЮ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЖИРОВЫМ ГЕПАТОЗОМ

**Харьковский национальный медицинский университет,
Харьков, Украина**

В настоящее время первичный жировой гепатоз, или же неалкогольное жировое заболевание печени (НАЖЗП), является проблемой глобального масштаба. НАЖЗП связано с алиментарным ожирением, сахарным диабетом второго типа, дислипидемией, инсулинорезистентностью и считается печеночным компонентом метаболического синдрома (МС). В связи с повышением распространенности вышеперечисленных состояний, растет и заболеваемость НАЖЗП.

Согласно различным исследованиям, распространенность жирового гепатоза среди общей популяции жителей индустриально развитых стран составляет от 20 до 40%. НАЖЗП выявляют у 60-80% больных алиментарным ожирением, и у 24-88% больных СД 2 типа. Эти данные свидетельствуют о значительной распространенности НАЖЗП среди населения Украины и, соответственно, среди пациентов требующих хирургического вмешательства с использованием общей анестезии. В связи с этим возникает необходимость выбора наиболее безопасного метода общей анестезии для таких пациентов.

Было решено оценить возможности использования общей ингаляционной анестезии (ОИА) с применением севофлурана и общей внутривенной анестезии с пропофолом (ОВА) у пациентов с НАЖЗП.

Пропофол является производным фенола и считается одним из лучших препаратов для ОВА, благодаря следующим своим свойствам:

1) быстрое введение в анестезию – общая анестезия наступает через 30-60 секунд после введения препарата, что приблизительно равняется времени доставки препарата от места введения в мозг;

2) выход из анестезии происходит быстро, в ясном сознании, обычно не сопровождается явлениями головной боли, послеоперационной тошноты и рвоты;

3) хорошая совместимость с большинством препаратов для премедикации, седативных и анальгетических средств.

Метаболизируется пропофол в печени, путем конъюгации, однако нагрузка, которую он создает на печень меньше, чем у тиопентала натрия, поскольку значительная часть пропофола проходит конъюгацию в

микросомах стенок кишечника и особенно – почек (Raouf A.A. и соавт., 1996). В многочисленных исследованиях было продемонстрировано низкое негативное влияние пропофола на печеночные функции, более того пропофол способен оказывать антиишемическое и антиоксидантное действие на печень, благодаря активации Nrf2 (Ge M. и соавт., 2015). Также обнаружена способность пропофола снижать инсулинорезистентность клеток печени, индуцированную TNF- α (Zhou L. и соавт., 2015).

Севофлуран является фторированным производным изопропилового эфира. При ингаляционном назначении быстро вызывает утрату сознания, которое быстро же восстанавливается после прекращения действия вещества. При вводной анестезии практически не вызывает явлений возбуждения.

Основная масса препарата, поступающего в организм, метаболизируется через цитохром P450 в микросомах печени. При сравнении действия севофлурана и других ингаляционных анестетиков на функцию печени, проведенном на собаках, было установлено, что севофлуран вызывает незначительное повышение уровня печеночных трансаминаз на 7-14 день после анестезии и не вызывает клинически значимых явлений повреждения печени (Torral A. и соавт., 2003). Были проведены исследования, продемонстрировавшие способность севофлурана защищать печень от реперфузионных повреждений при оперативных вмешательствах, благодаря поддержанию функции митохондрий (Cavalcante F.P. и соавт., 2015).

В последние годы были проведены различные исследования, сравнивающие влияние пропофола и севофлурана на функцию печени. В частности изучалась способность этих препаратов вызывать явления апоптоза гепатоцитов и нарушать белоксинтезирующую функцию. В ходе исследования было выяснено, что ни один из препаратов не вызывает явления апоптоза, а нарушение функции печени незначительно и не имеет существенных различий (Chondroqiannis K. и соавт., 2014).

Также были проведены исследования, изучающие способность обоих анестетических агентов защищать печень от реперфузионных повреждений. В исследовании, проведенном в 2015 году Beck-Schimmer В. и соавторами, было обнаружено, что пропофол и севофлуран защищают ткань печени от острой реперфузионной травмы с приблизительно одинаковой эффективностью, с несколько лучшими показателями у севофлурана. В исследовании, проводившемся на пациентах, страдающих НАЖЗП, было установлено, что и пропофол и севофлуран оказывают сравнимое антиоксидантное действие и влияние на функцию печени в целом (Mirabella L. и соавт., 2013).

Таким образом, можно констатировать, что ОВА с использованием попофола, равно как ОИА, с применением севофлурана, имеют сравнимые гепатотропные эффекты с явным преобладанием гепатопротективных свойств. Они практически не нарушают функцию печени, что делает их применимыми в хирургической практике (возможно даже в качестве анестетиков выбора) у пациентов с НАЖЗП.

Бобро В.В.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

**Харьковский национальный медицинский университет, Харьков,
Украина**

На сегодняшний день кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) при циррозе печени в 50-90% случаев рецидивируют и сопровождаются летальностью до 70%. Параллельно процессу оптимизации методов хирургической профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода продолжается активная работа по поиску и апробации различных гепатопротекторных средств, применение которых при циррозе печени является патогенетически обоснованным.

Цель: изучить эффективность включения в состав комплексного периоперационного лечения больных циррозом печени, осложненным угрозой развития кровотечения из ВРВП, препарата реамберин.

Материал и методы. Обследовано 40 пациентов (средний возраст $52,6 \pm 7,2$ года), разделенных на 2 группы: основную (20 чел.) и сравнения (20 чел.). Критерии включения пациентов в исследование: наличие цирроза печени, наличие угрозы развития кровотечения из ВРВП по данным эзофагогастроскопии, повышение уровня АлАТ, АсАТ и ГГТП более чем в 1,5 раза от нормального значения, согласие пациента на исследование. Критерии исключения из исследования: печеночная энцефалопатия II-IV стадии, гепаторенальный синдром, беременность, период лактации, нефролитиаз, подагра, гиперурикемия, появление у пациентов аллергических реакций на препарат, некомплаентность. Рандомизация пациентов осуществлялась методом случайной выборки. Пациенты группы сравнения получали традиционную комплексную консервативную терапию с включением в качестве гепатопротекторного препарата «активного плацебо» в течение 8 суток 1 раз в день внутривенно капельно. Больным основной группы в дополнение к