

Терапевтические возможности L-орнитина-L-аспартата (Гепа-Мерц) в комплексном лечении алкогольных психозов

АНДРЕЕВ А.Н.

врач-реаниматолог отделения реанимации и интенсивной терапии,
Наркологическая клиническая больница №17 Департамента здравоохранения г. Москвы

ХАРЬКОВОЙ О.А.

зав. отделением реанимации и интенсивной терапии,
Наркологическая клиническая больница №17 Департамента здравоохранения г. Москвы

ТАРАСОВ В.Е.

врач-реаниматолог отделения реанимации и интенсивной терапии,
Наркологическая клиническая больница №17 Департамента здравоохранения г. Москвы

Изучалась эффективность препарата L-орнитин-L-аспартат (Гепа-Мерц) в составе комплексной терапии при лечении алкогольного делирия (АД). В результате установлено, что терапия АД с применением L-орнитин-L-аспартата (Гепа-Мерц) дает возможность более эффективно устранять нарушения центральной нервной системы (ЦНС). Полученные клинические результаты позволяют рекомендовать включение препарата L-орнитин-L-аспартат (Гепа-Мерц) как достаточно эффективного и безопасного в комплексное лечение АД.

Алкогольный делирий, сопровождающийся наиболее глубокими нарушениями сознания, связан как с прямым токсическим действием алкоголя на мозг, так и с развитием печеночной недостаточности (ПН).

Наиболее частой причиной ПН являются алкогольные гепатиты, протекающие в острой и хронической форме и переходящие в цирроз печени. Другой ее причиной могут быть ранее перенесенные вирусные гепатиты, панкреатит, панкреонекроз, а также некоторые лекарственные препараты, отрицательно влияющие на функцию печени.

Поэтому важно, особенно в остром периоде болезни, проведение лечения, способного корригировать перечисленные нарушения. С этой целью в комплексную терапию алкогольных психозов нами был включен L-орнитин-L-аспартат (Гепа-Мерц).

Препарат представляет собой комбинацию естественных для организма аминокислот L-орнитина и L-аспартата. Он способствует обезвреживанию аммиака в печени путем стимуляции нарушенного синтеза мочевины и глутамина.

В организме человека аммиак образуется в результате расщепления белков, аминокислот, пуринов и пиримидинов, а также под действием протеолитической микрофлоры кишечника из пищевого белка и мочевины.

Аммиак поступает по системе воротной вены в печень, где в норме большая его часть (около 80%) включается в орнитиновый цикл, конечным продуктом которого является мочевина. Меньшая часть (около 20%) захватывается небольшой группой перивенозных гепатоцитов, где под влиянием глутаминсинтетазы образуется глутамин.

Гипераммониемия, возникающая при нарушениях функции печени, связана со снижением синтеза в ней мочевины и глутамина. Кроме того, токсические продукты при хронической ПН могут попадать в общий кровоток, минуя печень, по портокавальным анастомозам. При этом содержание аммиака в системе кровообращения увеличивается до токсического уровня (более 45 мкмоль/л).

Аммиак в неионизированной форме (1—3% от всего аммиака крови) легко проникает через ГЭБ в головной мозг. Действие высоких концентраций аммиака на ЦНС заключается в прямом влиянии на мембраны нейронов и митохондрий, где происходит ферментативная реакция, вследствие которой из иона аммония и кетоглутарата образуется глутамин. Усиленный синтез глутамина в мозге

вызывает осмотический отек и снижение содержания нейротрансмиттера глутамата. При этом происходит снижение скорости окисления глюкозы и образования АТФ, что приводит к энергетическому голоданию клеток головного мозга, утяжеляя течение АД.

Введение дополнительных количеств орнитина восстанавливает ферментную систему и поставляет необходимый субстрат для дальнейшего превращения аммиака в мочевину. Аспартат стимулирует в перивенозных гепатоцитах, мышцах и головном мозге глутаминсинтез.

Кроме того, препарат ингибирует катаболизм белка в мышцах, нормализует соотношение аминокислот крови и вызывает выраженный антиоксидантный эффект.

L-орнитин-L-аспартат (Гепа-Мерц) вводится внутривенно в дозе 10—20 г, растворенных в 400 мл инфузионного раствора. Длительность инфузий, частота и продолжительность лечения определяются индивидуально. Максимальная скорость внутривенного введения 5 г в час. В последующем переходят на пероральный прием гранулята в дозе до 18 г/сут.

Поскольку образующаяся из излишков аммиака мочевина выводится почками, применение этого препарата у больных с признаками почечной недостаточности противопоказано (при уровне креатинина в плазме более 115 мкмоль/л).

Цель настоящего клинического исследования — изучить терапевтические возможности препарата Гепа-Мерц в комплексном лечении больных с металкогольными психозами.

Материал и методы исследования

В контролируемое исследование было включено 40 больных с АД (все — мужчины), проходивших стационарное лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) наркологической клинической больницы № 17. Возраст больных — от 34 до 68 лет, наиболее частый возраст 44—45 лет. Клинический диагноз ставился врачом психиатром-наркологом ОРИТ в соответствии с диагностическими указаниями МКБ-10.

Большинство больных в исследуемой группе было переведено в ОРИТ из линейных отделений больницы

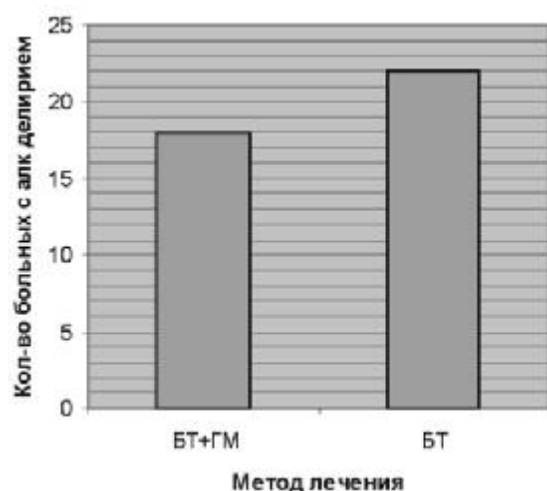


Рис. 1.

(36 чел.), поступивших из приемного отделения было только четверо.

В исследование не включались больные с тяжелыми алкогольными абстинентными синдромами, с тяжелыми алкогольными и смешанными интоксикациями, алкогольным галлюцинозом.

Лечение АД было комплексным, включало детоксикационные мероприятия, общеукрепляющее и симптоматическое лечение. Назначались инфузионные вливания совместно с витаминными препаратами, сосудистыми средствами. Из психотропных препаратов – транквилизаторы и антиконвульсанты.

Больные были разделены на 2 группы. Больным первой группы (18 чел.) дополнительно к базисной терапии назначали L-орнитин-L-аспартат (Гепа-Мерц) с первого дня госпитализации в дозировке от 10 до 20 г в сутки. Больные второй группы (22 чел.) получали только базисную терапию (рис. 1).

Качество терапии оценивали по улучшению клинического состояния больного, нормализации психического статуса, биохимических показателей сыворотки крови (активности АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, уровней билирубина, общего белка, мочевины). Количественное определение аммиака у больных, находившихся в ОРИТ, не производилось. Оцениваемые показатели сравнивались до начала лечения, в дальнейшем ежедневно. Особое внимание в клиническом состоянии больных уделяли

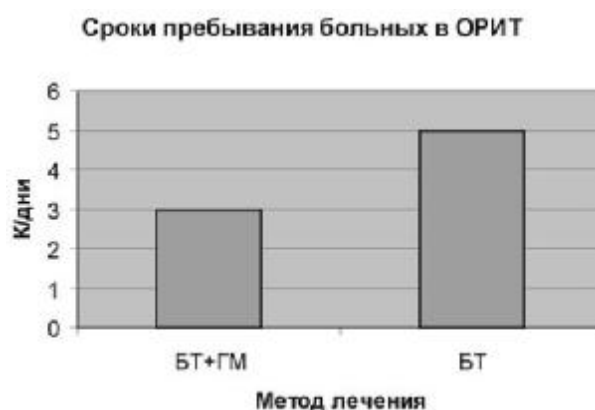


Рис. 2.

нормализации сна, критике своего поведения, речи, координации движений.

Результаты исследования

Наблюдалось улучшение клинического течения у большинства пациентов обеих групп, но наиболее выраженное улучшение было у больных 1-й группы.

Так, нормализация сна, восстановление ориентировки в месте и во времени в 1-й группе были достигнуты на 2–3-и сутки нахождения больного в ОРИТ. Во 2-й группе это произошло соответственно на 3–5-е сутки.

Можно отметить, что при лечении препаратом L-орнитин-L-аспартат (Гепа-Мерц) появилась возможность более ранней активизации больных, перенесших АД, что значительно снижает риск возникновения нозокомиальных пневмоний.

Сроки пребывания больных в ОРИТ в 1-й группе были меньшими, чем во 2-й группе, 3 и 5 койко-дней соответственно (рис. 2).

После проведения комплексной терапии больным в обеих группах биохимические показатели сыворотки крови достоверно улучшились.

Заключение

Терапия АД с применением L-орнитин-L-аспартат (Гепа-Мерц) дает возможность более эффективно устранять нарушения ЦНС.

Полученные клинические результаты позволяют рекомендовать включение препарата L-орнитин-L-аспартат (Гепа-Мерц) как достаточно эффективного и безопасного в комплексное лечение алкогольных делириев.