
вувати наповнені адгезивні системи, які зможуть краще інтегруватись в ділянки розпаду і таким чином міцно фіксувати пломбувальний матеріал. Для зменшення токсичного впливу фтору необхідно системно застосовувати іони магнію які можуть входити як до складу зубних паст і ополіскувачів, так і до вітамінних комплексів. Взаємодіючи в тонкому кишківнику магній зменшує всмоктування фтору, а значить і його токсичну дію.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОЛОНГОВАНОЇ СХЕМИ ПРИЙОМУ ФОСФАТИДИЛХОЛІНУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ КРОВОТЕЧАМИ ІЗ ВАРИКОЗНО РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ ТА ШЛУНКУ

Петрушенко В. В., Гребенюк Д. І., Гладких В. Ю.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова (м. Вінниця)

Поліпшення функціонального стану печінки і зниження темпів прогресування захворювання є ключовими завданнями при лікуванні пацієнтів із кровотокою із варикозно розширених вен стравоходу та шлунку. Мета дослідження – оцінити ефективність пролонгованої схеми прийому препаратів фосфатидилхоліну в комплексному лікуванні цирозу печінки, ускладненого кровотокою із варикозно розширених вен стравоходу та шлунку. У проспективне дослідження було включено 62 пацієнти, які були випадковим чином розділені на дві групи. Дослідну групу (32 пацієнти) склали пацієнти, яким з метою підтримки функції печінки призначали пролонговану схему прийому фосфатидилхоліну. В групу порівняння (30 пацієнтів) увійшли хворі, які дані препарати не отримували. Для оцінки динаміки змін функціонального стану печінки нами аналізувалися наступні показники: загальний білірубін, аланінамінотрансфераза, аспартатамінотрансфераза, гамма-глутамілтранспептидаза, лужна фосфатаза, альбумін, протромбіновий індекс, сечовина. Тривалість перебування у стаціонарі була достовірно меншою у дослідній групі ($8,4 \pm 2,6$ днів) ніж у групі порівняння ($10,3 \pm 2,3$ днів). У пацієнтів дослідної групи мала місце тенденція до більш швидкого прогресивного зменшення інтенсивності досліджуваних показників, у порівнянні із пацієнтами групи порівняння. Покращення функціонального стану печінки спостерігалось також після виписки пацієнтів дослідної групи із стаціонару. У пацієнтів групи порівняння мало місце незначне покращення лабораторних показників функціонального стану печінки протягом перебування у стаціонарі. Після виписки пацієнта із стаціонару та припинення інтенсивної терапії жодних змін у лабораторних показ-

никах не спостерігалось. Застосування пролонгованої схеми прийому препаратів фосфатидилхоліну у комплексному лікуванні пацієнтів із цирозом печінки, ускладненим кровотечею із варикозно розширених вен стравоходу та шлунку дозволяє достовірно швидше покращити основні клініко-лабораторні показники функціонального стану печінки та скоротити тривалість перебування у стаціонарі. В подальшому планується дослідження функціонального стану печінки в динаміці в строки 6 та 12 місяців.

НЕАЛКОГОЛЬНА ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ ВЕРНІКЕ: КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Пінчук В. А., Силенко Г. Я., Дельва М. Ю., Кривчун А. М., Дельва І. І.

Полтавський державний медичний університет (м. Полтава)

У статті наведений приклад власного клінічного спостереження випадку енцефалопатії Верніке (ЕВ) неалкогольного генезу – захворювання, що виникає внаслідок дефіциту тіаміну, яке вперше було описано офтальмологом А. Gayet (1875 р.) та неврологом К. Wernicke в 1881 році. Обговорюються клінічні та діагностичні критерії даної патології. Поширеність ЕВ складає 0,8–2,8%. Крім алкогольного генезу даного захворювання описано численні випадки енцефалопатії Верніке, які не пов'язані з вживанням алкоголю. При цьому відбувається порушення перетворення тіаміну в тіамінпірофосфат, що призводить до розвитку локального лактат-ацидозу, порушення роботи мітохондрій, пригнічення процесів тканинного дихання, зниження енергетичного потенціалу нейронів і клітин глії. Діагностика ЕВ є клінічною, заснована на даних анамнезу та огляді пацієнтів. Лише у 20% випадків ЕВ, підтверджених на автопсії, діагноз було поставлено прижиттєво. Критерії Сaine включають: дефіцит харчування; окорухові порушення; мозочкову дисфункцію; психічні та/або мнестичні порушення. Також використовують еритроцитарно транскетолазний тест та тіамінпірофосфатний ефект.

Відмічена специфічність магнітно-резонансної томографії при цьому захворюванні, а саме у T1 і FLAIR режимі діагностують симетричне посилення інтенсивності сигналу із зон навколо 3-го шлуночка і водопроводу, таламуса, гіпоталамуса і мамілярних тіл. Ці вогнища інколи дуже виражені в гострій фазі і зникають на фоні лікування, особливо на стадії зворотних біохімічних змін. У хронічній стадії ЕВ при томографії видно лише атрофію головного мозку з дифузними змінами інтенсивності сигналу в білій речовині.

В лікуванні ЕВ використовують вітамін B1, збалансовану дієту. Чисельні дослідження свідчать про необхідність своєчасного призна-