

Керівник медичного закладу, обравши вектор взаємодії з представниками громадськості шляхом створення опікунської ради, в значній мірі гарантований від ризиків в системі управління, отримує більший ступінь підтримки як в колективі, так і від місцевої влади, що сприяє стабільності діяльності на перехідному періоді реорганізації закладу та реформування медичної галузі.

Проте значна кількість керівників медичних закладів свідомо ігнорують створення опікунських рад, вважаючи їх «незручними» для керівника закладу та прийняття певних управлінських рішень, які не завжди доцільні в інтересах колективу.

Висновки. В процесі реорганізації лікувально-профілактичних закладів та перетворення їх в комунальні неприбуткові підприємства в умовах реформування галузі охорони здоров'я одним із важливих моментів є громадський контроль за діяльністю медичних установ.

Вимоги демократичного суспільства визначають значення громадського контролю в усіх сферах діяльності держави, в тому разі і в галузі охорони здоров'я. Опікунська рада медичного закладу є одним із структурних елементів громадського контролю та інструментом управлінської системи. Діяльність опікунської ради спрямована на підвищення ефективності роботи медичного закладу шляхом регулювання управлінських рішень уповноваженого керівника, власника установи, місцевої територіальної громади, що сприяє регулюванню виробничих, трудових і соціально-економічних відносин та поліпшення якості медичних послуг в цілому.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АДЕМЕТІОНІНУ, АРГІНІНУ ГЛУТАМАТУ, ТА ЇХ КОМБІНАЦІЇ У ХВОРИХ З АЛКОГОЛЬНОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Капустей Н.А., Михалко Я.О., Курах А.В., Няша Е.Гомо

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: алкогольна хвороба печінки, гепатопротектори, адеметіонін, аргініну глутамат.

Вступ. За даними багатьох досліджень останніх років все більшого значення набуває поширеність алкогольної залежності у світі і, зокрема, в Україні.

Одним з наслідків хронічного зловживання алкоголем є алкогольна хвороба печінки (АХП). Це клініко-гістологічний комплекс, що включає жирову дистрофію печінки, алкогольний гепатит, цироз та його ускладнення. Лікування АХП має бути комплексне та включає обов'язкову повну абстиненцію, висококалорійну збалансовану дієту, медикаментозну корекцію. Згідно положення чинного протоколу, серед препаратів для лікування АХП показані й гепатопротектори, а саме: s-аденозилметіонін (адеметіонін) та урсодезоксихолева кислота. Проте, на ринку України існує більший вибір даної групи.

Мета. Порівняти вплив адеметіоніну та аргініну глутамату на лабораторні показники у хворих на АХП.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 74 пацієнтів, що лікувалися в КЗ «Ужгородська районна лікарня» з приводу алкогольної хвороби печінки у 2019 році. В складі комплексної терапії пацієнти отримували гепатопротектори. Хворих було поділено на три групи: перша група отримувала адеметіонін 400 мг/добу (26 пацієнтів), друга група – аргініну глутамат 2 г/добу (30 хворих), третя група (18 пацієнтів) отримувала комбінацію адеметіоніну з аргініну глутаматом в тих же дозах. Біохімічні дослідження крові проводили до початку лікування та після його завершення. Також оцінювали ризик несприятливого прогнозу за допомогою індексу MELD.

Результати. На початку лікування не спостерігалось статистично вірогідної різниці між досліджуваними лабораторними показниками у групах, крім рівнів AST та ALT. Так, у пацієнтів I та II груп дані показники були вірогідно нижчими ніж у третій групі. ($89,2 \pm 15,9$ ОД/л і $90,0 \pm 12,4$ ОД/л проти $167,1 \pm 91,0$ ОД/л та $41,6 \pm 7,9$ ОД/л, $48,4 \pm 8,1$ ОД/л проти $104,7 \pm 27,6$ ОД/л відповідно, $p < 0,05$). Після лікування також не спостерігалось статистично вірогідної різниці лабораторних показників в досліджуваних групах, крім ALT, альбуміну та загального холестерину. Так, у пацієнтів I та II груп показник ALT був вірогідно нижчим порівняно з пацієнтами III групи ($40,5 \pm 7,2$ ОД/л, $48,4 \pm 8,2$ ОД/л та $64,6 \pm 15,0$ ОД/л відповідно, $p < 0,05$). Рівень альбуміну у хворих II групи був вірогідно нижчим порівняно з пацієнтами I та III груп ($27,4 \pm 1,6$ г/л, $33,7 \pm 1,4$ г/л; та $30,8 \pm 1,8$ г/л відповідно, $p < 0,05$). Показники загального холестерину також були нижчими у пацієнтів II групи ($3,9 \pm 0,5$ ммоль/л, $4,5 \pm 0,4$ ммоль/л та $4,7 \pm 0,4$ ммоль/л відповідно, $p < 0,05$).

При порівнянні динаміки зміни лабораторних показників до та після лікування в досліджуваних групах було встановлено, що в пацієнтів I та II груп мало місце статистично вірогідне зниження загального білірубіну (з $63,4 \pm 9,2$ до $51,3 \pm 8,9$ мкмоль/л та з $79,5 \pm 20,0$ до $75,7 \pm 20,0$ мкмоль/л відповідно, $p < 0,05$), яке, однак, не мало клінічного значення. У III групи пацієнтів спостерігалось статистично вірогідне зниження AST (з $167,1 \pm 32,6$ до $91,0 \pm 15,5$ ОД/л, $p < 0,05$), загального білірубіну (з $114,1 \pm 21,7$ до $89,5 \pm 22,2$ мкмоль/л, $p < 0,05$) та показника MELD (з $18,0 \pm 0,8$ до $16,2 \pm 1,3$ балу, $p < 0,05$), що також клінічного значення не мало.

Висновки. Застосування адеметіоніну, аргініну глутамату, а також їх комбінацій вело до певного статистично вірогідного покращення окремих біохімічних показників проте, але не було клінічно значимим. Тільки у пацієнтів, що отримували комбіновану гепатопротекторну терапію мало місце статистично та клінічно значиме зниження рівнів AST.

ОЦІНКА РОЗУМІННЯ СТУДЕНТАМИ 6 КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ 2 КОМПЕТЕНЦІЙ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ДО ТА ПІСЛЯ ЦИКЛУ «СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»

Ільков О.В.¹, Колесник П.О.^{1,2}

¹ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини

²ДВНЗ «УжНУ», медичний факультет №2, кафедра внутрішніх хворіб

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ»
ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ТА ДОУНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ПІДГОТОВКИ**

**Матеріали
74-ї підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького складу
УжНУ**

**Факультет післядипломної освіти та
доуніверситетської підготовки**

ЗДОРОВ'Я	
Жданова О.В., Слабкий Г.О., Качала Л.О., Качала Т.В., Йовбак М.	62
ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЮЧОВИХ КОМПЕТЕНЦІЙ СПЕЦІАЛІСТІВ ПО ЗАБЕЗПЕЧЕННЮ ПОСЛУГ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	
Білак-Лук'янчук В.Й., Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Брич В.В.....	63
ГЕОПОЛІТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЯК ВАЖЛИВИЙ ЧИННИК СТРУКТУРНОЇ ПЕРЕБУДОВИ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ РЕГІОНУ	
Рогач І.М., Данко Д.В.	64
ДО ПРИЧИН НЕСВОЄЧАСНОГО ЗВЕРНЕННЯ ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗА МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ	
Кошеля І.І., Слабкий Г.О., Качала Л.О.	65
ОПКУНСЬКА РАДА – ІНСТРУМЕНТ УПРАВЛІНСЬКОЇ СИСТЕМИ	
Козодаєв С.П.	66
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АДЕМЕТІОНІНУ, АРГІНІНУ ГЛУТАМАТУ, ТА ЇХ КОМБІНАЦІЇ У ХВОРИХ З АЛКОГОЛЬНОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ	
Капустей Н.А., Михалко Я.О., Курах А.В., Няша Е.Гомо.....	67
ОЦІНКА РОЗУМІННЯ СТУДЕНТАМИ 6 КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ 2 КОМПЕТЕНЦІЙ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ДО ТА ПІСЛЯ ЦИКЛУ «СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»	
Ільков О.В., Колесник П.О.....	68
СТРУКТУРА ЗУБДНИКІВ ОРОФАРИНГІАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ У 2019 РОЦІ	
Курах А.В., Михалко Я.О., Кіш П.П., Карнафель М.П., Сідорова І.М.....	69
ВИБІР МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕННЯ ПРОКСИМАЛЬНОГО МЕТАЕПІФІЗУ ГОМІЛКИ	
Вайда В.М. Староста Д.І. Пригара Б.О.	70
СИНДРОМ ДАРЬЄ- ГРЕНБЛАД- СТРАНБЕРГА (ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ)	
Бондарено Н. В., Беляєв В.Д., Фальбуш О.О.....	71
КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНІ КРИТЕРІЇ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОРЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ПЕРШОГО КОНТАКТУ	
Гнепа Я.Ю., Чубірко К.І., Чопей І.В., Дебрецені К.О., Гечко М.М., Ілько А.В.	72
ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ВИКОРИСТАННЯ ДАПАГЛІФЛОЗИНУ В ПОРІВНЯННІ ЗІ СТАНДАРТНОЮ СХЕМОЮ ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ ПОЄДНАНОГО З ОЖИРІННЯМ	
Гряділь Т.І., Чопей І.В., Чубірко К.І., Коваль Т.М., Пікіна І.Ю.	74