

еніти з практичного казначим протоколам. им методу супервізії. медичні сестри вищої підготовки.

аний показник рівня від медичних сестер протоколів діяльності їх достовірно впливає

ІАДУ МЕДИЧНИХ ТІВНІ

а доуніверситетської ечення.

ною системи охорони ності галузі і досягти лативну та ефективну а структур.

керівними кадрами в теми охорони здоров'я ринкових відносин. прогресивні медичні 'я пристосовуватися, льності. Тому підбір ою і відповідальною

алу охорони здоров'я і, зокрема визначення італізовано дані звітів

ю при децю нижчій ринні порівняно із ікарської допомоги є жкий місцевостях, що складає 63,1%. Рівень а, проте, рівень не по Україні – 23-25%.

Управлінський апарат охорони здоров'я складається майже з 300 посадовців від начальника обласного відділу охорони здоров'я до головного лікаря медичного закладу та їх заступників. Керівники різних рівнів охорони здоров'я формуються із різних лікарських спеціальностей в залежності від профілю закладу, який вони очолюють.

Управлінське навантаження по штатним посадам складає 14,7, а по фізичним особам – 15,6 об'єктів управління. Тобто, на кожного управління охороною здоров'я в області приходить по штатним посадам 14,7 лікарів, а по фізичних особах управлінців – 15,6 лікарів. Для керівника охорони здоров'я середнього рівня число безпосередніх підлеглих не повинно перевищувати 7-9 чоловік і повинно бути не менше 5 осіб. Це знане число Мюлера складає 7 ± 2 . Межа керованості визначається розрахунком контактів в залежності від числа підлеглих з урахуванням складності управління. Норма керованості для керівників функціональних підрозділів встановлюється від 6 до 12 чоловік в залежності від об'єму і специфіки робіт. Як бачимо, в нашому випадку число підлеглих перевищує норму для керівників охорони здоров'я, проте не на багато.

Висновки. Проаналізований склад кадрового та керівного складу медичних закладів та визначено навантаження на одну посаду керівника. Проте необхідно звернути увагу на те, що на рівні області дані про рівень кваліфікації керівних кадрів, їх загальний стаж та стаж на керівній посаді відсутні. Керівні кадри охорони здоров'я - це найвища управлінська ланка, а вище згадані ознаки дають уяву про професійний рівень та досвід посадовця в управлінні очолюваного ним закладу. Поза увагою вишестоящих керівних органів та науковців регіону являються соціально-психологічні аспекти управління, що є метою подальших наукових досліджень і впровадження його наукових здобутків в практику охорони здоров'я.

ВПЛИВ ПРИЙОМУ ПРОБІОТИКІВ НА ПЕРШОМУ РОЦІ ЖИТТЯ НА АЛЕРГІЗАЦІЮ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ

Чінчева В.В., Товт-Коршинська М.І.

ДВНЗ УжНУ, факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фізіотерії та фізіотерапії, м. Ужгород

Ключові слова: алергічні захворювання, пробіотики, ранній дитячий вік.

Вступ. Поширеність алергічних захворювань у дітей, за різними даними, становить 15-20% і продовжує збільшуватися, незважаючи на суттєве поліпшення методів діагностики, лікування і профілактики. З урахуванням збільшення розповсюдженості алергічних реакцій актуальним є питання первинної профілактики алергічних захворювань у дітей раннього віку. Важливість цього питання спонукала до вивчення превентивних заходів, зокрема впливу застосування пробіотиків на частоту виникнення алергічних реакцій.

Мета. Дослідити зв'язок між прийомом пробіотиків та частотою алергічних реакцій у дітей раннього віку.

Матеріали та методи. У дослідженні була застосована розроблена нами анкета для вивчення факторів, що впливають на сімейну схильність до алергій, в тому

числі прийом пробіотиків, у дітей раннього віку. Опитано 100 батьків дітей віком від 1 до 6 років, які проживають в місті Ужгород.

Результати. 55 дітей які увійшли в дослідження не мали в анамнезі алергічних захворювань, 45 (81,8%) із них приймали пробіотики і лише 10 (18,2%, $p < 0,05$) із 55-ти не приймали пробіотики на першому році життя; 45 батьків відмітили наявність в анамнезі їх дітей алергічних захворювань різного генезу та топічності, з них пробіотики приймали 23 дітей – 51,1%, не приймали пробіотики на першому році життя 22 дітей, тобто 48,9% даної групи.

Висновки. Дослідження зв'язку між прийомом пробіотиків та частотою виникнення алергічних захворювань показало, що діти, які приймали пробіотики на першому році життя, мали меншу частоту алергічних захворювань, порівняно з дітьми, котрі їх не приймали. Це спонукає до подальшого дослідження цього взаємозв'язку для оптимізації профілактичних заходів та зниження частоти виникнення алергічних реакцій.

ЗАСТОСУВАННЯ ПУЛЬМОНОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ З ОЖИРІННЯМ

Галамба А.А. Товт-Корчинська М.І.

ДВНЗ УжНУ, факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фізйотерапії та фізіотерапії, м. Ужгород

Ключові слова: бронхіальна астма, ожиріння, цитокіни, спелеотерапія.

Вступ. Серед населення більшості країн світу зростає поширеність як бронхіальної астми (БА), так і ожиріння (ОЖ). Поєднання цих патологій призводить до погіршення перебігу БА, більш вираженого запального процесу та зниження відповіді на лікування. З метою підвищення ефективності терапії та профілактики загострень БА поєднаній з надлишковою масою тіла, нормалізації функціонування імунної системи доцільним є використання не тільки медикаментозної базисної терапії, але і методу спелеотерапії, корекції маси тіла пацієнтів та застосування імуномодуляції.

Мета. Вивчити ефективність спелеотерапії із застосуванням імуномодулятора (інозину пранобексу) та/або зниження маси тіла при БА у пацієнтів з ОЖ та обгрунтувати вибір комплексного лікування залежно від маси тіла.

Матеріали та методи. Було обстежено 143 хворих, які були розділені на 3 групи залежно від маси тіла: 51 хворий на БА з ожирінням, 45 – з надлишковою масою, 47 – з нормальною масою тіла. Для дослідження рівня інтерлейкінів (ІЛ) 1- β , 4, 6, 10, гамма-інтерферону (ІФН- γ), фактора некрозу пухлин альфа (ФНП- α) використувували імуноферментний аналіз крові і статистична обробка даних.

Результати. Реабілітаційне лікування мало позитивний вплив на перебіг БА та стан імунної системи у досліджуваних групах. Після курсу спелеотерапії та застосування імуномодулятора у хворих з ОЖ поряд з активіцією захисних сил організму залишався більш виражений запальний процес, ніж у хворих з нормальною масою. У осіб, які досягли зниження маси тіла в процесі реабілітаційного лікування, показники цитокінового профілю практично не відрізнялися від хворих з нормальною масою.