

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

101 – ї

підсумкової наукової конференції

професорсько-викладацького персоналу

Вищого державного навчального закладу України

«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

10, 12, 17 лютого 2020 року

Чернівці – 2020

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2020. – 488 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м.Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Іващук О.І.,
доцент Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Братенко М.К.

професор Булик Р.Є.

професор Гринчук Ф.В.

професор Давиденко І.С.

професор Дейнека С.Є.

професор Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професор Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професор Сидорчук Л.П.

професор Слободян О.М.

професор Ткачук С.С.

професор Тодоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

професор Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-843-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2020



Мета дослідження - проаналізувати стан підготовки медичних сестер в системі фахової медичної освіти. Визначити сутність та змістову структуру професійно-особистісної компетентності медичної сестри, охарактеризувати її основні компоненти.

При підготовці медичної сестри необхідно застосовувати моделювання професійної діяльності в навчальному процесі. Для цього умовно встановлюються функціональні обов'язки фахівців на посадах постової медсестри; палатної медсестри; процедурної медсестри тощо.

Досягнення професіоналізму через професійну компетентність досліджували І.Д. Бех, О.А. Дубасенюк, І.А. Зязюн, А.К. Маркова, І.В. Формування компетентності як системи сформованих компетенцій стали предметом дослідження Е.Ф. Зеєра, С.Г. Пільової, М.В. Рудіної. Компетентісний підхід як інтегральне об'єднання професійної, соціальної, комунікативної компетентностей висвітлювали Н.М. Бібік, О.В. Овчарук, О.І. Пометун, О.Я. Савченко. Професійній компетентності як результату сформованих знань, умінь, навичок, професійно важливих особистісних якостей присвятили наукові праці Є.М. Павлютенкова, С.Г. Пільова, Р.В. Чубук та ін.

Вищі медичні навчальні заклади готують випускників як соціальних особистостей, здатних вирішувати певні проблеми і завдання діяльності за умови оволодіння системою умінь та компетенцій. Медична сестра повинна володіти соціально-особистими, загальнонауковими, інструментальними, загальнопрофесійними та спеціалізовано професійними компетенціями. Саме вони забезпечать вирішення проблем і завдань соціальної діяльності, інструментальних і загальнонаукових завдань та умінь.

Метою медичної сестри є вивчення пацієнта, його оточення як об'єктів дослідження для виявлення ставлення їх до здоров'я, хвороби, аналізу їх способу життя для вибору в подальшому спільних шляхів пошуку до збереження або відновлення втраченого здоров'я.

Якість сформованості професійної компетентності базується на наступних факторах: поглиблене навчання в медичних вузах; обов'язкове проходження виробничої практики в лікувальних закладах; робота згідно з принципами «доказової медицини»; дотримання всіх стандартів проведення медсестринських маніпуляцій; безперервність процесів навчання та професійного удосконалення.

Перспективним напрямом подальших досліджень може виступати аналіз домінуючих методів формування професійно-особистісної компетенції медичної сестри.

Отже, професійно-особистісна компетентність медичної сестри ґрунтується на розвитку та становленні медичної сестри як особистості з набором складових структури особистості. Формування світогляду, клінічного мислення, комунікативної компетентності сприятиме підвищенню якості професійної підготовки медичної сестри.

Окіпняк І.В.

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ВАГІТНИХ РІЗНОГО ГЕСТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

В роботі представлено результати по вивченню добових змін артеріального тиску (АТ) у вагітних різного гестаційного періоду. В обстеженні взяли участь 62 жінки, віком від 19 до 36 років (середній вік – 25,6±7,2 років). У 48 із них на початок спостереження встановлена вагітність (основна група), 14 – практично здорові жінки дітородного віку. Візити вагітних здійснювались в I триместрі вагітності – перший візит, в II триместрі – другий візит, в III триместрі – третій візит, та через 6 тижнів після пологів – четвертий візит. Аналізуючи показники добового моніторингування АТ (ДМ АТ), проведеного при першому візиті, у 12 осіб (підгрупа А) виявлено підвищення середньодобового систолічного АТ (САТ) у порівнянні із контрольною групою на 13,44% ($p < 0,05$), діастолічного АТ (ДАТ) на 9,21% ($p < 0,05$). При цьому із анамнезу відомо, що у трьох пацієнтів до вагітності було



встановлено вегето-судинну дистонію за гіпертензивним типом, у чотирьох виявлена спадкова схильність до артеріальної гіпертензії, інші – вважали себе практично здоровими. Необхідно зазначити, що в цю групу увійшли жінки більш старшого віку (середній вік – $29,9 \pm 3,2$ років), у трьох із них виявлено підвищений індекс маси тіла ($27,6 \pm 3,7 \text{ кг/м}^2$). Проводячи аналіз результатів ДМ АТ у інших вагітних (36 осіб - підгрупа Б), необхідно зазначити зниження показників ДАТ на 5,2% у жінок в I триместрі вагітності, САТ при цьому майже не відрізнявся від показників контрольної групи. Достовірне зниження ДАТ було зареєстровано у осіб даної підгрупи при другому візиті ($p < 0,05$). САТ у вагітних у II триместрі також мав тенденцію до зниження, проте показники недостовірно відрізнялись від контрольної групи. У III триместрі показники цілодобового САТ і ДАТ не відрізнялись від таких у осіб контрольної групи ($p < 0,1$). Отже, слід зазначити, що у вагітних у I та II триместрі виникає зниження добових показників АТ, а в III триместрі АТ повертається до звичайних цифр.

При третьому візиті у групі осіб із підвищеним рівнем АТ не виявлено достовірних змін досліджуваних показників моніторингу АТ із попередніми даними. У трьох вагітних діагностовано преєклампсію, їх було госпіталізовано, проведено медикаментозну корекцію АТ та набрякового синдрому.

Отже, у вагітних в I та II триместрі має місце фізіологічне зниження середньодобових значень АТ, а в III триместрі АТ повертається до звичайного індивідуального рівня або може трохи перевищувати його. Доцільним вбачаємо застосування інструментальних методів діагностики артеріальної гіпертензії у жінок на ранніх термінах вагітності, особливу увагу необхідно приділяти вагітним із виявленими при першому візиті факторами ризику розвитку артеріальної гіпертензії.

Петринич О.А.

ГІПЕРТОНІЧНА ХВОРОБА: СТРУКТУРА ПРИЧИН ЗВЕРНЕННЯ ХВОРИХ ДО ЛІКАРІВ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Кафедра сімейної медицини

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

З 2018 року в Україні розпочато практичне впровадження Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2). Аналіз причин звернення, визначених словами пацієнта, дозволяє лікарю первинної ланки розуміти найбільш затребувані запити при різних епізодах медичної допомоги.

Метою нашого дослідження було проаналізувати причини звернення хворих з діагнозами К86 (гіпертонія неускладнена) та К87 (гіпертонія з ускладненням) за ICPC-2 до лікарів первинної ланки одного з районних центрів первинної медико-санітарної допомоги Чернівецької області.

Для реалізації мети опрацьовано форму № 074/о «Журнал реєстрації амбулаторних пацієнтів». До дослідження увійшло 89 хворих на гіпертонічну хворобу віком від 25 до 83 років, з яких 46 чоловіків та 43 жінки, яким було виставлено наступні діагнози за ICPC-2: К86 – 29 хворих, К87 – 60 хворих. Серед хворих з діагнозом К86 первинних звернень зафіксовано 23, вторинних – 6. Серед хворих з діагнозом К87 – 45 та 15 відповідно, що потребує подальшого вивчення з детальним аналізом форми 025/о «Медична карта амбулаторного хворого». У структурі причин звернення зустрічалися наступні причини звернення: А04 (загальна слабкість/втома) – 8,98 %, К01 (біль у серці) – 23,59 %, К02 (стиснення в області серця) – 17,97 %, К04 (серцебиття) – 15,73 %, К05 (порушення серцевого ритму інші) – 17,97 %, К07 (опухлі щиколотки/набряки) – 4,49 %, К25 (страх гіпертонії) – 3,37 %, К31 (часткове медичне обстеження серцево-судинної системи) – 12,35 %, К45 (нагляд/навчання/консультація/дієта) – 14,60 %, К50 (призначення ліків/ін'єкцій) – 35,95 %, N01 (головний біль) – 20,22 %, N04 (синдром неспокійних ніг) – 8,98 %, N03 (дзвін/шум у вухах) – 11,23 %.