

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



## **МАТЕРІАЛИ**

**97 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
вищого державного навчального закладу України  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**15, 17, 22 лютого 2016 року**

**Чернівці – 2016**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний  
університет, 2016



До книжних фразеологізованих одиниць належать і термінологічні словосполучення, поява яких зумовлена постійним розвитком різних галузей науки, культури, техніки. Ці фразеологізми найчастіше використовуються в науковому, діловому і публіцистичному стилях, тобто у професійному мовленні науковців, працівників освіти, медиків, юристів, економістів, журналістів і т. д. У творах художньої літератури вони вживаються рідко. Термінологічні словосполучення, як і інші групи фразеологізмів, означають одне поняття і в мовленні виступають як готовий вислів, що не членується: *долікарський огляд, променева хвороба, ліжковий режим, комплекс симптомів, жовчні протоки, здоровий спосіб життя, погані звички, доптримання дієти, задавлена хвороба, порушення травлення, прискорене серцебиття, ковтальний рух, шкідливі домішки, випускання хворого* тощо.

Дуже багато подібних фразеологізмів використовується в офіційно-діловому мовленні, яке тяжіє до сталих зворотів і виразів (кліше) канцелярського, офіційного характеру: *ми, що нижче підписалися; брати участь; взяти до уваги; згідно з; відповідно до; зважаючи на вищезазначене; витяг з протоколу* тощо. Такі сталі звороти є трафаретними, відтворюваними. Серед них є усталені мовні звороти, які характеризуються певною самостійністю частин. Вони можуть бути поповнені іншими словами, окремі їх елементи можна досить легко замінити іншими – синонімічними. Порівн.: *розв'язати питання і вирішити питання*. Здебільшого основне слово такого звороту може бути ядром також інших подібних словосполучень: *порушити питання, порушити справу, порушити клопотання; брати до уваги, брати до відома, брати участь*.

З-поміж усталених зворотів досить виразно виділяється група фразеологізмів, які перейшли до літературної мови з живої мови представників різних професій. У них закріплено виробничий досвід людей, нагромаджений протягом віків, напр.: *на живу нитку* (з мови кравців), *розмотати клубок* (з мови прядь), *між молотом і ковалом* (з мови ковалів), *покласти першу цеглину* (з мови мулярів). Чимало фразеологізмів цього типу ввійшло в мову і в новіші часи: *відігравати роль, зміна декорацій, як по нотах* (з театральньо-музичної сфери), *центр ваги* (з фізики), *досягти апогею* (з астрономії), *бурхлива реакція* (з хімії), *гірка піюля, кров псувати, язик без кісток* (з медицини).

Отже, фразеологізовані одиниці роблять наше мовлення багатим, виразним, оригінальним та „комфортним”. Уміле їх використання у фаховому мовленні „полегшує” процес спілкування, сприяє ефективності праці, встановленню співробітництва і партнерства між колегами.

## СЕКЦІЯ 18

### АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Бідучак А.С., Навчук І.В., Ревенко Ж.А.

#### ОБІЗНАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ З ПИТАНЬ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

*Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Спосіб життя, як правило, заснований на звичних поведінкових реакціях. Звички формуються у дитячому і юнацькому віці у результаті взаємодії генетичних і середовищних чинників, зберігаються й навіть посилюються під впливом соціального середовища у зрілому віці, що пояснює різні поведінкові реакції у осіб різних соціальних груп. На додаток ці чинники перешкоджають можливості вести повноцінно здоровий спосіб життя (ЗСЖ) та слідувати лікарським рекомендаціям.

Для повноцінного забезпечення та реалізації поставленої мети нами вивчено обізнаності населення Чернівецької області щодо ЗСЖ та профілактики хронічних захворювань.

Респондентів розділили на 3 вікові категорії: 18 – 35 років, 36 – 55 років, 56 років і старше. У віковій категорії 18 – 35 років опитано 578 респондентів (35%); з них чоловіків 281 (48,62%), жінок 297 (51,38%); 36 – 55 років – 527 респондентів (31,82%); чоловіків – 290 (55,03%), жінок – 237 (44,97%); 56 років і старше – 551 респондент: чоловіків 269 (48,82%), жінок 282 (51,18%).

Перше питання анкети передбачало визначення респондентами, значущості чинників ризику у виникненні хронічних хвороб. Шкідливі звички посіли перше місце, а далі йдуть – малорухливий спосіб життя, нераціональне харчування, спадковість.

Отже респонденти розуміють важливість впливу на здоров'я шкідливих звичок й готові позбутися їх.

Друге питання анкети полягало у визначенні респондентами профілактичної активності у їх дільничних, сімейних лікарів.

За результатами опитування встановлено, що 70% опитуваних жінок та чоловіків всіх вікових категорій стверджують, що дільничний терапевт, сімейний лікар не проводили з ними профілактичну роботу щодо формування здорового способу життя.

Наведені дані свідчать або про недостатню обізнаність лікарів з питань здорового способу життя та медичної профілактики, або, що профілактика захворювань для них є вельми складною справою, можливо із-за своєї трудомісткості, та невідчутності наразі бажаного результату, це свідчить про те, що сконцентрованість лікаря направлена на лікування хвороби, а не на її попередження.



Аналізуючи думку респондентів, щодо їх обізнаності з профілактики хронічних захворювань можемо стверджувати, що понад 70% з опитаних потребують знань щодо здорового способу життя та профілактики хвороб.

Дослідження думки стосовно джерел отримання інформації з питань збереження та зміцнення здоров'я показало, що більшість опитаних чоловіків (61,9%) та жінок (68,0%) вікової категорії 18 – 35 років надають перевагу Інтернету; а у віці 36 – 55 років (56,5%) чоловіків та (60,8%) жінок – засобам масової інформації (ЗМІ). Респонденти 56 років і старше також надають перевагу ЗМІ. Загалом 40% респондентів хочуть отримувати інформацію від медичних працівників.

Наступним кроком було з'ясування щодо розробки необхідних заходів системою охорони здоров'я для поліпшення здоров'я. У всіх вікових категоріях опитані зазначили, що необхідно підвищити доступність отримання інформації щодо профілактики захворювань на прийомах в лікувальних закладах (50,0 – 72,6%) та збільшити кількість теле-і радіопередач про здоров'я (40,2 – 54,2%), організувати спеціалізовані консультативні прийоми з питань здорового способу життя (37,2 – 55,5%).

Отже отримані результати свідчать про те, що організація охорони здоров'я потребує розробки профілактичних заходів щодо боротьби з поведінковими чинниками ризику серед різних вікових груп населення. Тому особливу увагу необхідно звернути на проведення профілактики саме шкідливих звичок у різних вікових категоріях з урахуванням того, що більшість населення (70%) потребує знань з питань здорового способу життя, а 40% з них хоче отримувати їх від медичного працівника.

Вацник М.З.

#### ТЕНДЕНЦІЇ ДЕЯКИХ ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ НА БУКОВИНІ ЗА 2001 – 2014 РОКИ

*Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Сьогодні на стан надання медичної допомоги населенню Чернівецької області, як в цілому по країні, серйозний вплив мають соціальні, економічні, екологічні, демографічні фактори, пов'язані з міграцією, урбанізацією, значним забрудненням довкілля, серйозними кліматичними змінами, посиленням соціальної нерівності в розподілі матеріальних благ та відсутністю можливостей для підтримки здоров'я людей.

Мета дослідження – виявлення тенденцій основних показників здоров'я населення Чернівецької області за період 2000 – 2014 роки має на меті допомогти органам охорони здоров'я області виробити відповідні організаційні рішення.

Одним з інтегральних показників стану добробуту та здоров'я населення є середня очікувана тривалість життя. У країнах Євросоюзу цей показник досяг 80,2 років, якщо в Україні – лише 76,7 років, то в Чернівецькій області він ще коротший – 65,9 років. Як показано в наведених даних (таб.1) у області, починаючи з 2005 р., намітилася тенденція щодо подовження тривалості життя людей у цілому, хоча у чоловіків і відстає.

Демографічне навантаження в області на осіб віком 16-64 роки в Україні залишалось за період на рівні 421 дорослих та 514 дітей. У Чернівецькій області на 1000 осіб припадає 238 дітей від 0 до 14 років та 197 осіб віком 65 років і старших.

В територіальному розподілі найстаріше населення мешкає у Кельменецькому – 303 осіб, Хотинському – 275 осіб, Сокирянському – 256 осіб, Заставнівському – 255 осіб рівнинних районах. Наймолодше населення зафіксоване в Путильському гірському районі – 35,1 років. Середній вік людей Буковини залишається нижчим (38,4 роки), ніж по Україні (40,8). Якщо аналізувати статеву різницю, то середній вік жінок становив 40,5 років, чоловіків 36,1 років, в той час як по Україні відповідно 42,8 та 37,6 років. динаміка цього показника виявила тенденцію до незначного зростання його в області.

Таблиця 1

Очікувана тривалість життя при народженні у Чернівецькій області (роки)

Періоди в роках	Все населення	Жінки	Чоловіки
1999-2000	71,0	66,0	75,0
(Україна)	67,86		
2003-2004	70,75	75,48	65,90
(Україна)	67,83		
2007-2008	70,97	76,06	65,89
2011-2012	71,37	76,22	66,34
2013-2014	73,05	77,20	68,62

Загальна смертність населення підтвердила дещо нижчу інтенсивність вимирання населення (таб. 2).



Таблиця 2

Назва районів	Народжуваність				Смертність				Природний рух			
	2000	2004	2008	2014	2000	2004	2008	2014	2000	2004	2008	2014
Вижницький	11,7	12,3	15,5	17,1	12,5	13,7	14,5	13,7	-0,8	-1,4	1,0	3,4
Герцаївський	13,2	12,3	13,5	16,3	10,6	11,3	11,8	11,8	11,8	0,8	1,7	4,5
Глибочський	13,1	11,7	14,3	15,2	10,9	12,1	12,0	11,5	2,2	0,2	2,3	3,7
Заставнівський	10,4	10,5	12,7	13,2	14,0	15,4	15,6	15,8	-3,6	-3,3	-2,9	-2,6
Кельменський	7,9	7,9	10,7	10,4	19,7	20,7	19,9	19,7	-11,8	-11,6	-9,2	-9,3
Кіцманський	9,6	10,3	11,6	11,5	14,8	15,5	15,3	14,6	-5,2	-4,9	-3,7	-3,1
Новоселицький	9,8	9,2	9,5	11,9	14,1	15,7	15,2	14,2	-4,3	-5,3	-5,7	-2,3
Путильський	14,6	14,0	18,9	18,2	10,2	12,1	11,0	9,8	4,4	3,7	7,9	8,4
Сокирянський	9,2	10,0	11,5	12,8	15,4	17,8	18,5	16,8	-6,2	-7,5	-7,0	-4,0
Сторожинський	13,9	14,5	16,2	16,7	10,4	11,5	11,3	10,8	3,1	3,5	4,9	5,9
Хотинський	10,4	10,4	11,2	11,9	16,7	10,6	17,1	17,1	-6,3	-5,6	-5,9	-5,2
м. Чернівці	7,2	9,2	10,3	10,3	9,6	10,8	10,7	10,1	-2,4	-1,6	-0,4	0,2
м. Новодністровськ	6,0	8,2	9,5	8,6	3,2	4,4	5,5	5,9	2,8	2,9	4,0	2,7
по області	10,0	13,1	12,2	12,84	12,5	13,6	13,5	12,77	-2,5	-2,5	-1,3	0,07

Таким чином, намітилась нестабільна тенденція щодо зменшення смертності.

Структура загальної смертності населення Чернівецької області за останні 14 років виявила іще тенденцію щодо зменшення зл�акісних новоутворень та травм, але хвороби системи кровообігу мають навпаки тенденцію до зростання. Отже, проведені дослідження підтвердили ряд тенденцій в демографічній ситуації населення Чернівецької області.

**Власик Л.Й.**

#### **ПРОФІЛАКТИКА КОМОРБІДНОСТІ ПРИ НЕІНФЕКЦІЙНІЙ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ**

*Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Негативні тенденції у популяційному здоров'ї спонукають до пошуків нових ефективних шляхів вирішення проблеми соціально-значимих неінфекційних захворювань (НІЗ), які призводять до тимчасової та стійкої втрати працездатності, передчасної смертності та скорочення тривалості життя.

Дорожня карта Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), представлена у Глобальному плані дій з профілактики НІЗ і боротьби з ними на 2013-2020 рр. як і Нова Європейська стратегія «Здоров'я - 2020» дають орієнтири для погоджених дій з протидії масштабній загрозі громадському здоров'ю на усіх рівнях. Однак у зазначених документах визначені й питання, які потребують більш глибокого вивчення, постійного моніторингу з метою набуття досвіду і необхідної адаптації у регіонах, враховуючи нерівність між країнами та групами населення.

Проблемою внутрішньої медицини на сучасному етапі є поєднана коморбідна патологія як між основними групами НІЗ (серцево-судинними, органів дихання, онкологічними та діабетом) так і іншими патологічними станами. Наукові дослідження в основному мають клінічну спрямованість. Проте для наукового обґрунтування профілактичних технологій захворювань, які взаємно обтяжують перебіг та ускладнюють прогноз важливе глибоке вивчення коморбідності як проблеми популяційного здоров'я.

Мета дослідження – визначити напрямки наукового обґрунтування профілактичних технологій коморбідності при захворюваності основними НІЗ.

Профілактика неінфекційних захворювань регламентовано проводиться шляхом первинного медико-санітарного обслуговування, що забезпечує загальне охоплення та доступність для усіх соціальних категорій населення. Проте, проведений аналіз показав, що завантаженість лікарів первинної ланки та невисокий рівень знань методики профілактичних втручань не дають змоги наповнювати профілактичні заходи конкретним змістом. На практиці сучасному лікарю доводиться працювати з пацієнтами, які мають поведінкові чинники ризику декількох груп захворювань або які діють на фоні одного вже існуючого, що вимагає прийняття комплексних рішень.

Для наукового обґрунтування профілактичних технологій коморбідної захворюваності основними НІЗ пропонується враховувати, крім основних поведінкових чинників, стан навколишнього середовища, зокрема, забруднення повітря на території обслуговування, професійні ризики наявні або в анамнезі, психологічний стрес. Необхідно класифікувати населення за віком, за обтяженою спадковістю, за соціальними детермінантами, за медичною активністю. Урахування прогностичного значення тої чи іншої патології у певному віці дасть можливість правильного вибору та методичного застосування необхідного профілактичного

втручання. Актуальними на рівні лікаря первинної ланки залишаються технології формування груп ризику для динамічного спостереження. Доцільно застосовувати інформаційні та інформаційно-мотиваційні профілактичні технології у формі індивідуального консультування або бесід для груп пацієнтів.

Отже, для зниження коморбідності при неінфекційній захворюваності важливо використовувати оптимальні профілактичні технології, враховуючи вікову категорію, наявні захворювання та поведінкові чинники. Розробка та дотримання стандартів профілактики коморбідності при НІЗ забезпечить контроль якості профілактичного втручання.

**Литвинюк Н.Я.**

#### **МАТЕМАТИЧНІ МЕТОДИ ОЦІНКИ СУКУПНОГО ВПЛИВУ СОЦІАЛЬНО-КУЛЬТУРНИХ ЧИННИКІВ НА ВИНИКНЕННЯ ПОРУШЕНЬ РИТМУ І ПРОВІДНОСТІ СЕРЦЯ**

*Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Для визначення впливу окремих чинників на виникнення захворювань широко застосовуються  $t$  – критерій Стюдента, кутовий перетворювач Фішера, коефіцієнт детермінації. Для виявлення сукупного впливу факторів – методи багатомірної статистики: факторний аналіз, корелятивний аналіз, методи множинної регресії, дисперсійний аналіз. Методи багатомірної математичної статистики можна застосовувати лише для виявлення впливу кількісних ознак. Соціально-культурні чинники - якісні ознаки. До них відносяться: конфліктні взаємовідносини в сім'ї та колективі, нічні зміни, часті відрядження, часті зміни місця роботи, сидячий спосіб життя та інше.

Умовні перетворення якісних ознак в кількісні не завжди дають бажаний результат, їх розрахунки при застосуванні дуже складні і потребують спеціальної підготовки та застосування ЕОМ.

Дж. Э. Юл та М. Дж. Кендел (1960) теоретично обґрунтували можливість застосування критерію Хі-квадрат для виявлення сукупного впливу факторів на результативні ознаки.

Мета нашого дослідження полягає в застосуванні Хі-квадрат для виявлення сукупного впливу соціально-культурних факторів на виникнення порушень ритму і провідності серця у хворих на ІХС.

Для виявлення чинників ризику порушень ритму та провідності серця було проведено на протязі 2-х років опитування та ретроспективний аналіз медичної документації 440 хворих на ішемічну хворобу серця у віці 40-65 років.

В основних та контрольних групах відмічена істотна різниця при наявності та відсутності чинників ризику серед хворих з порушеннями ритму та провідності серця. В ході дослідження виявлений зв'язок між окремими факторами соціально-культурного характеру та порушеннями ритму та провідності серця за даними критерію Хі-квадрат. Усі величини  $\chi^2$ -квадрат з рівнем значущості  $P > 0,05$  свідчать про достовірність нульової гіпотези, тобто про відсутність вираженого достовірного впливу окремих чинників на виникнення порушень ритму та провідності серця. Оцінка сумарного значення  $\chi^2$ -квадрат проводилась за статистичними таблицями з урахуванням числа ступенів свободи, яке визначалося шляхом підсумування ступенів свободи окремих чинників.

На основі аналізу сумарної дії  $\chi^2$ -квадрат встановлено достовірний сукупний вплив слабко діючих соціально-культурних чинників на виникнення порушень ритму та провідності серця ( $P < 0,05$ ), що свідчить про наявність в сукупній дії цих чинників потенційованого ефекту, тобто посилення дії одних факторів іншими.

Про наявність потенційованого ефекту в сукупній дії чинників в даному випадку свідчить також різниця між сумарною величиною  $\chi^2$ -квадрат, отриманою на основі підсумування показників  $\chi^2$ -квадрат з урахуванням дії окремих чинників та об'єднаними даними (підсумках) фактичних чисел первісної таблиці без урахуванням впливу окремих чинників. Сумарний  $\chi^2$ -квадрат склав 13,9, а за об'єднаними даними - 11,3, різниця - 2,6.

Отже, застосування методу  $\chi^2$ -квадрат для визначення сукупного впливу чинників на виникнення хронічних захворювань при ознаках, які не можуть бути охарактеризовані кількісно дозволить виділити групи ризику серед хронічних хворих за чинниками, які не мають кількісної характеристики.

**Марараш Г.Г.**

#### **СУЧАСНІ ПОЛОЖЕННЯ МЕНЕДЖМЕНТУ В ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАННЯ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР БАКАЛАВРІВ**

*Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Менеджмент є одночасно наукою, мистецтвом та практикою управління. Менеджмент - це самостійна, міждисциплінарна галузь знань, яка є основою управлінської діяльності; менеджмент – це вміння досягати поставленої мети, використовуючи працю, інтелект та мотиви поведінки інших людей; менеджмент – це функція, керівництво людьми у найрізноманітніших організаціях; менеджмент – це визначення соціального прошарку

Для сучасної економіки менеджмент і маркетинг це невід'ємні складові для розвитку організації, підприємства тощо. В сучасному менеджменті маркетинг повинен виконувати функцію не в пасивному