

**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



Целью исследования является выделение системных параметров для определения результатов реализации целевых программ по улучшению здоровья населения. Материалами исследования являлись демографические показатели численности и структуры населения, его рождаемости, смертности с последующим определением на этой основе системных параметров его выживания и здоровья.

Трудности получения интегральных системных критериев для оценки «затраты – эффект» в здравоохранении обусловлены, прежде всего, отсутствием общепризнанных специалистов методологии и информационной основы для определения таких параметров. Действительно, до открытия закона выживания популяций и закона сохранения здоровья невозможно было найти приемлемых для указанных целей критериев. Теперь они найдены и стали основой создания универсальных таблиц для оценки деятельности социоэкологических национальных и территориальных систем (служб) охраны, сохранения и развития здоровья населения (в любой из стран мира).

Этими критериями являются два системных параметра указанных законов: внутренней (α) и внешней (γ) жизнеспособности и жизнестойкости, а также болезнестойкости (соответственно (α_1 и γ_1) населения. Первое название представляет социобиологический аспект показателей, второе – медико-экологический, третье – риск заболеваний в определенное время и определенной среде, а все вместе – способность к выживанию: α – врожденную, заложенную видом *homo sapiens* и предками, γ – расходную, связанную со средой проживания, способом, образом, укладом жизни в ней, в том числе и качеством медико-профилактической помощи.

Приведенные параметры позволяют оценивать результаты любой планируемой и действующей (реализуемой) оздоровительной программы, определять ожидаемые показатели средней продолжительности жизни, её здоровую и болезненную части, качество жизни на любой территории проживания, в том числе с учетом распространенности хронических (сокращающих продолжительность жизни), заболеваний и влияющих на их увеличение (уменьшение) факторов, затрат на их устранение: как общесоциальных, так и в здравоохранении.

Чебан В.І., Петрусак Ю.І.

СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ (ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ДОСВІД)

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

Ринок праці (робочої сили) - це система суспільних відносин, пов'язаних із купівлею і продажем товару «робоча сила». Крім цього, ринок праці є сферою працевлаштування, формування попиту й пропозиції на робочу силу. Особливість ринку праці полягає в тому, що він охоплює не тільки сферу обігу товару «робоча сила», а й сферу виробництва, де найманий працівник працює.

Ринок охоплює всіх *здатних* працювати: як зайнятих, так і незайнятих найманою працею. Це особи, що не працюють, але бажають працювати й шукають роботу (безробітні, які мають відповідний статус: особи, які мають вперше приступити до трудової діяльності; особи, які шукають заняття після перерви у роботі); особи, котрі хоча і мають роботу, проте не задоволені нею і шукають друге місце основної або додаткової роботи; 3) особи, які зайняті, проте явно ризикують утратити роботу і тому шукають друге місце роботи.

Вказані категорії людей і визначають пропозицію праці на ринку праці. Отже, ринок праці — це ринок найманої праці. Він охоплює відносини від моменту наймання працівників па роботу до їхнього звільнення.

Суб'єктами ринку праці є роботодавці і наймані робітники. Ринок праці являє собою взаємовідносини між роботодавцями і найманими працівниками на підставі договору або контракту щодо купівлі-продажу спеціального товару «робоча сила».

Метою дослідження є аналіз досвіду з працевлаштування на прикладі окремих європейських держав та підвищення рівня компетентності випускників навчальних закладів. Методами дослідження були бібліографічний, семантичний, використання Інтернет-ресурс.

Важливими складовими алгоритма працевлаштування є:

Резюме – це пропозиція/запит кандидата на певну посаду до роботодавця на підтримку відносин праці чи стажування; пакет документів, що подається для прийому на роботу, практику чи стажування. В одних випадках ми або значно скорочуємо обсяг резюме, або навпаки, навмисно збільшуємо кількість сторінок, в інших випадках пишемо багато, але не по суті, а адже фактично, резюме при пошуку роботи сприймається як професійна автобіографія і від його написання залежить багато чого - одержувач вашого резюме не бачить вас, не чує і орієнтується виключно на те, що ви самі про себе і написали. Інформація повинна бути вичерпною і достатньою. Його види: 1. Письмове – відправляється поштою. 2. Електронне – електронною поштою. 3. Онлайн-резюме: заповнюється особлива апликаційна форма у базі даних так званої «кар'єрної сторінки» фірм та інституцій.

Структура резюме: титульний лист, супровідний (мотиваційний) лист, автобіографія, посвідчення про роботу, відгуки про практику, диплом про освіту. Важливу роль при подачі заявки на роботу відіграє так звана «папка-резюме»; вона повинна відображати професійні якості свого власника, його організований та структурований стиль роботи з документами.

Структура резюме. Титульний лист. Основні елементи включають: назву організації і посаду, на яку претендуєте; Ваші ПІБ, адреса, телефон, ел. пошта; фото (за бажанням): краще робити професійне фото в належній якості;



Фото повинне справляти враження Вас як ділової людини = бажано бути одягнутим в стилі «бізнес-лук» (офіційний діловий костюм в чорних, сірих, синіх тощо тонах, світла сорочка чи блузка, охайний вигляд волосся, стриманий макіяж і привітний вираз обличчя, можна з легкою посмішкою);

Якщо Ви не використовуєте титульний лист, то фото можна вставити/вклеїти на сторінку Вашої автобіографії у правому верхньому кутку, якщо Ви пересилаєте документи ел. поштою, використовуйте цифрову копію/оригінал, зроблені фотографом (*не використовуйте відскановані фото – при подальшому збереженні чи копіюванні Ваших документів якість фотографії втрачається.*

Супровідний (мотиваційний) лист є так званим персональним зверненням до роботодавця з метою переконати його – з огляду на Ваші фахові навички й досягнення - взяти саме Вас на дану посаду. Важливо: саме персоналізоване звернення до роботодавця, правильно написане ПІБ контактної особи (секретарки, ... кадрів тощо) і конкретна адреса установи. Повинен включати відповіді на так звані питання-блоки: Хто Ви? (випускник з «червоним» дипломом, фахівець сфери такої-то з досвідом роботи 5 років у престижній клініці тощо); Що Ви можете? (керувати колективом навіть у надзвичайних ситуаціях, зробити Вашу установу провідною у №1 в країні за якістю надання мед. послуг і т.д.).

Які причини/мотивація подачі Вашого резюме? Чому саме Ви можете обіймати дану посаду? Під час написання бажано максимально наблизити Ваші кваліфікації та фазові навички до вимог, які написані у вакансії.

Тому бажано подавати документи на посаду яка оптимально відповідає Вашому профілю.

При цьому потрібно звісно бути чесним у представленні Вашого фахового рівня (брехня може перевершити все)

Намагайтеся підкреслити Ваші сильні сторони і скласти про себе враження впевненої у власних силах але привітної і комунікабельної особистості.

Автобіографія або Curriculum Vitae (CV) є ключовим елементом Вашого резюме оскільки у формі блоку-схеми презентує роботодавцеві Ваш професійний шлях. Чим вона повніша і зрозуміліша, тим легше справити позитивне враження на роботодавця.

Отже, резюме – це позитивна реклама Ваших професійних та особистих здібностей і якостей; від того як Ви себе «прорекламуєте» роботодавцеві буде залежати Ваша кар'єра та успіх.

Юрнюк С.В., Сенюк Б.П.*, Борейко Л.Д.**

ЮРИДИЧНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ В МЕДИЦИНІ

*Кафедра судової медицини та медичного правознавства,
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*,
Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти**
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

З усіх багатств, якими дано володіти людині, найціннішими є життя і здоров'я. Їх охорона зведена в конституційний ранг, вони надійно захищені кримінальним законодавством. Однак, в реальному житті ці цінності часто перебувають, в буквальному сенсі слова, в руках конкретного лікаря та повністю залежать не тільки від рівня професійних знань, але й від сумлінності та правослужняності. Остання ж багато в чому визначається рівнем правової культури, внутрішньої готовності дотримуватися вимог закону при наданні медичної допомоги пацієнту, неухильним виконанням професійного обов'язку.

Метою нашого дослідження було визначення складності лікарської професії та її правової відповідальності перед суспільством.

Мистецтво лікування вимагає постійної готовності виконання лікарського обов'язку незалежно від наявності або відсутності бажання, натхнення чи втоми. А тому важливим стає створення оптимальних умов для належного надання медичної допомоги на сучасному рівні розвитку медицини. Відповідні державні органи повинні не тільки надавати можливість лікарю систематично підвищувати кваліфікацію, але й заохочувати його прагнення до підвищення рівня професійної підготовки.

Питання відповідальності медичних працівників при здійсненні ними професійної діяльності стає все більш актуальним. Зростає кількість претензій до медичних закладів і медичних працівників, збільшується кількість кримінальних справ у зв'язку з ненаданням або неналежним наданням медичної допомоги. Це пов'язано не з погіршенням якості медичної допомоги, а з низькою правовою культурою медичного співтовариства, в тому числі і керівників медичних закладів.

В юридичному відношенні медичні правопорушення являють собою порушення встановлених законом і відомчими інструкціями правил поведінки і виконання медичними працівниками своїх професійних обов'язків. В даний час відзначається зростання випадків звернення пацієнтів до судових органів і регіональні товариства захисту прав споживачів з позовами про відшкодування шкоди, заподіяної неналежним наданням медичної допомоги. Звернення в судові інстанції можуть ініціюватися і страховими медичними організаціями. При наданні медичної допомоги пацієнтам лікарі постійно приймають величезну кількість, іноді миттєвих, ситуаційних рішень (наприклад, при медичних втручаннях і операціях). Але при цьому лікарі несуть величезний тягар відповідальності – і моральну, і матеріальну, і юридичну.

Відповідальність лікарів за результати їхньої професійної діяльності в даний час в центрі уваги фахівців різних областей знань: медиків, біологів, біоетика, юристів, а також політичних і громадських діячів.



Лікарська відповідальність заснована на особливостях лікарської діяльності: взаємній довірі пацієнта і лікаря. Це породило багато розмов про те, що лікарі взагалі не повинні залучатися до відповідальності за несприятливі результати лікування, в тому числі і пов'язані з різними професійними упущеннями. Прихильники цієї думки вважали, що головним суддею в невдачах та помилках лікарів повинна бути лише їх совість.

Таким чином, думка про те, що лікарі не підлягають юридичній відповідальності за будь-які недоліки в своїй роботі по суті є неправильною і відкинута законодавством. Підставою юридичної відповідальності медичних закладів і працівників є правопорушення, які виражаються в невиконанні, неналежному виконанні своїх обов'язків щодо профілактики, діагностики, лікування захворювань пацієнтів, які звернулися за медичною допомогою.

Ясинська Е.Ц., Шилепницький П.І.

УТОЧНЕНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАХВОРЮВАНІСТІ ТА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ПОРУШЕНЬ РИТМУ ТА ПРОВІДНОСТІ СЕРЦЯ СЕРЕД МІСЬКИХ ЖИТЕЛІВ ЗА 2010 - 2014 РОКИ.

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Багато питань з етіології, патогенезу, класифікації, епідеміології та профілактики порушень ритму та провідності серця залишаються ще не вирішеними. Вирішення цих завдань допомогло б уточнити дані про справжні розміри їх розповсюдженості.

Одномоментні масові медичні огляди не можуть служити єдиним надійним джерелом вивчення розповсюдженості цих захворювань.

В сучасний момент у вивченні розповсюдженості порушень ритму і провідності серця в основному застосовуються одномоментні медичні огляди. Проспективні методи масових медичних оглядів не використовуються із-за високої їх вартості та значних труднощів їх проведення. Матеріали госпіталізації дають лише уяву про найбільш важкий контингент цих хворих.

Використана методика поглибленого вивчення звернень з приводу порушень ритму і провідності серця, при яких основним джерелом інформації служили карти виклику швидкої медичної допомоги (ф. 110/о), доповнені матеріалами первинних звернень в кардіологічні кабінети поліклінік та кардіологічні стаціонари за даними амбулаторних карт та медичних карт стаціонарних хворих (ф. 003/о).

Уточнені дані про загальне число первинних звернень по роках за період дослідження, дозволили установити не тільки близькі до дійсних рівні захворюваності та розповсюдженості порушень ритму та провідності серця, але і виявити достовірні зрушення їх в динаміці. Захворюваність на порушення ритму та провідності серця за уточненими даними серед жителів міста Чернівці складала на кінець 2014 року – 6,6; поширеність (розповсюдженість) – 28,9 на 10 тис. населення. Переважання розповсюдженості над захворюваністю для хронічних захворювань є надто низьким і свідчить про значне вимирання хворих у віці 60 років і старших, на яких приходиться основна маса цих захворювань.

За уточненими даними провідне місце в структурі порушень ритму та провідності серця займає екстрасистолія (42,5%), друге – миготіння та тріпотіння передсердь (35,2%), третє – порушення провідності серця (9,8%), четверте – пароксизмальна та не пароксизмальна тахікардія (6,4 %). На інші форми приходиться 6,1%.

З віком показники порушень ритму і провідності серця зростають. У чоловіків після 45 років, у жінок після 50 років. Найбільш високі рівні захворюваності та розповсюдженості у осіб обох статей приходиться на вік 60 років і старше. В усіх вікових групах захворюваність та поширеність порушень ритму та провідності серця у чоловіків вище, ніж у жінок.

Таким чином, за уточненими даними, на основі поглибленого вивчення частоти звернень, захворюваність на порушення ритму та провідності серця серед жителів міста Чернівці складала на кінець 2014 року – 6,1; розповсюдженість – 28,9 на 10 тис. населення. Захворюваність на порушення ритму та провідності серця за останні 5 років зросла на 38,6%, поширеність – на 45,9%. Порушення ритму та провідності серця частіше зустрічається у чоловіків. Ці особливості, хоч і менше виражені, зберігаються і при стандартизації показників за віком.

СЕКЦІЯ 19

ФІЗИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ В МЕДИЦИНІ

Бірюкова Т.В.

БІОФІЗИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Кафедра біологічної фізики та медичної інформатики

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Біофізика – фізика живих організмів. Термодинамічний і теоретико-інформаційний аналіз явищ життя зняв удавані протиріччя між фізикою і біологією. Не можна не погодитися з Ейгеном, коли він затверджує, що сучасна фізика в принципі достатня для пояснення явищ життя для обґрунтування біології. Таке обґрунтування вимагає введення нових понять (наприклад, поняття селективної цінності інформації).



Біофізичне дослідження починається з постановки фізичної проблеми, що формулюється на основі загальних законів фізики й атомно-молекулярних (квантово-механічних) представлень. Шлях біофізики йде через феноменологію (насамперед через термодинаміку і теорію інформації), до атомно-молекулярного дослідження живого тіла. Живе тіло принципово макроскопічне, складається з дуже великого числа атомів, молекул, полімерних ланцюгів, що володіють певною мірою незалежними ступенями волі. Упорядкованість біологічної системи і її здатність до розвитку не могли б існувати, якби система була мікроскопічною і, виходить, піддаююю дуже великим флуктуаціям. Біологічна проблема може зважуватися засобами фізики (наприклад, за допомогою електронного мікроскопа), але від цього дослідження ще не стає біофізичним. І, навпроти, фізична задача може зважуватися біологічними засобами. Так, постановка проблеми генетичного коду – відповідності між послідовністю амінокислотних залишків у білковому ланцюзі і послідовністю нуклеотидів у ДНК – є постановка фізичної задачі, заснована на фізико-хімічній гіпотезі про існування коду. Рішення цієї фізичної задачі було, однак, отримано за допомогою чисто біологічних і хімічних методів. Постановці фізичної проблеми завжди передуює велика робота в області біології, фізіології, біохімії, цитології і т.п. Біофізика – велике поприще нових великих відкриттів, рішень справжніх загадок природи. Може показатися, що до якої би біологічної проблеми не звернувся фізик, він порівняно швидко прийде до такого відкриття, тому що міць його ідей і методів дуже велика. Однак щира ситуація виявляється іншою. Складність біологічних об'єктів і явищ затрудняє формулювання фізичної задачі. Постановка такої задачі можлива лише після глибокого біологічного дослідження. Отже, робота в області біофізики жадає від дослідника дуже серйозних зусиль.

Сучасну біофізику розділяють на три області: молекулярну біофізику, біофізику клітки, біофізику складних систем. Хоча цей розподіл умовний. Молекулярна біофізика – область перекривання молекулярної фізики та молекулярної біології. Це – молекулярна фізика біологічних процесів, біологічно функціональних молекул. Біофізика клітки – умовне найменування самої старої, традиційної області біофізики. Це – фізика вичленованих процесів у живому організмі, що контактує з фізіологією. Вичленовування означає уявний (і експериментальний) розрив зв'язків цих процесів з єдиною живою системою – прийом, необхідний на визначеному рівні дослідження. Сучасна біофізика складних систем присвячена дослідженню фізичних основ поведінки організму чи деякої його функціональної підсистеми як цілого.

Таким чином, біофізика – складна система знань. Вона містить феноменологічні й атомно-молекулярні розділи, є наукою про життя в цілому.

Боєчко В.Ф.

ПРО НЕОБХІДНІСТЬ ВВЕДЕННЯ НОВИХ ПОНЯТЬ В МЕДИЧНУ ПРАКТИКУ

Кафедра біологічної фізики та медичної інформатики

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Людина – це дуже складна, динамічна, саморегулююча, самовідновлююча, відкрита система.

Для покращення оцінки стану людини, окремих органів, потрібно змінити підхід до вивчення різних параметрів людського організму. Зокрема, ввести поняття:

- 1) макро і мікропараметри;
- 2) інтегральні (статичні) і динамічні параметри.

Макропараметри – це середня температура людини, систолічний і діастолічний тиск і т.і.

Мікропараметри – це параметри, що характеризують роботу клітини, наприклад, проникливість мембрани, коефіцієнт осмосу, дифузії і т.і.

Всі ці параметри змінюються в часі і в просторі і тому для більш об'єктивної оцінки стану людини краще вибирати динамічні параметри, а саме:

$$\frac{dy}{dt} \left(\frac{dp}{dt}, \frac{dT}{dt}, \frac{dc}{dt} \text{ і т.і.} \right)$$

- швидкість зміни того чи іншого параметру ; зміна параметру на відстані $\frac{dy}{dx}$ - це градієнт, наприклад $\frac{dp}{dx}$ - градієнт тиску, $\frac{dc}{dx}$ - градієнт концентрації.

- час релаксації системи τ - це час протягом якого система виходить із патологічного стану в нормальний.

Все це дозволить значно покращити процес діагностування і лікування людини.

Григоршин П.М.

ВИКОРИСТАННЯ ЛАЗЕРНОЇ ПОЛЯРИМЕТРІЇ ДЛЯ АНАЛІЗУ БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН

Кафедра біологічної фізики та медичної інформатики

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Основною характеристикою зображень лазерної поляриметриї є встановлення взаємозв'язку між набором