

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



МАТЕРІАЛИ

96 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

16, 18, 23 лютого 2015 року

Чернівці – 2015

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 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. Іващук 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.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

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 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2015



характеристику персонажів, так і прагматику тимчасового і просторового фону подій, що включає соціальний і культурний складники. Власне ім'я в мові сатиричної прози Буковини є маркером певних соціально-психологічних цінностей, представлених за допомогою їх завуальованої критики. Поєднання зовнішньої словоформи і внутрішньої форми-оцінки, характеристики в характерологічних оповідних контекстах залежить не стільки від самого об'єкта, скільки від ставлення до нього сучасного соціуму. Основою створення імен-характеристик і номінативних індивідуалізованих літературно-художніх антропонімів є усно-розмовна повсякденно-побутова практика. Письменники спираються, як на традиційні оніми, притаманні реальній комунікації, так і вводять у контексти оказіональні номінації.

Загалом прозова оповідь сучасних письменників Буковини насичена лексичними засобами стилізації розмовності, що відображають взаємодію ареальних та загальнонаціональних одиниць.

Шаласва Г.В.

СТАНОВЛЕННЯ ТА ДЕЯКІ СПІРНІ ПИТАННЯ ОНОМАСТИКИ

Кафедра іноземних мов

Буковинський державний медичний університет

Вчені займалися питаннями ономастики з найдавніших часів, а більш інтенсивно в XIX - на початку XX ст. (Востоков 1812; Грот 1876; Соболевський 1895 і ін.). Українська ономастика започатковувалася насамперед на рівні антропонімічних студій В. Ю. Охримовича, І. І. Срезневського, М. Ф. Сумцова, І. Я. Франка та багатьох інших науковців. Аналіз топонімів (структурно-семантичну класифікацію і стратиграфію окремих власних географічних найменувань) виконав М. М. Кордуба. У 20-х роках XX ст. починається систематичне збирання української онімної лексики, уніфікується написання пропріативів, проводиться їх первинне наукове опрацювання. Одним із розробників типології топонімів (в основному – назв поселень) можна вважати О. М. Селішева (1938), систематизація якого надзвичайно різнопланова і ґрунтується на досить відмінних один від одного критеріях: соціально-історичному, лексико-семантичному, структурно-граматичному і словотвірному; заслугове на увагу і градація топонімічних варіантів. Більш серйозна увага на проблеми ономастики звертається після другої світової війни (з'являються вагомні наукові праці Н. П. Дзятківської, А. С. Кара-Моско, В. К. Чичагова, зокрема перші дисертаційні роботи В. М. Михайлова, О. Ф. Ріпещкої, О. В. Суперанської), що у перспективі сприяло активізації ономастичних досліджень.

Проте, часом становлення ономастики в її сучасному вигляді можуть вважатися 50-ті - 60-ті роки XX століття. З цього часу ономастика є однією з областей мовознавства, що найбільш активно розробляється. У цей період ономастичною проблематикою займаються В.Н. Топоров, О.Н. Трубачов, Н.И.Толстой, А.І. Попов, В.А. Ніконов і ряд інших вчених. Після створення в 1959 р. Української ономастичної комісії епізодичні спостереження над пропріальними одиницями трансформуються в системне вивчення антропонімів і топонімів, пізніше – поетонімів, ергонімів, хрононімів та інших розрядів онімів. Основи систематизації онімів були розроблені В. В. Німчуком у проекті „Українська ономастична термінологія” (1966). У 300 словникових статтях описано передусім загальні особливості онімної лексики, а також денотатно-номінативні, словотвірні, мотиваційні та семантичні типи власних назв.

В семидесятих роках минулого століття з'явилося декілька теоретичних робіт ономастологів (Білецький 1972; Суперанська 1973; Ніконов 1974; Карпенко 1984 і ін.), в яких затвердився теоретичний постулат історичності і соціальності категорії власних назв. Кожен клас власних імен в ході розвитку номінації для позначення кожного типу іменованих об'єктів володіє своїми максимально для цього пристосованими типами імен. Типологічний аспект ономастики виявляється в тому, що з мінливих в ході історії потреб суспільства в подібні історичні епохи у різних народів виникали аналогічні класи імен. Так, одним з найдавніших пластів ономастичної лексики є антропоніми, а більш пізні виникнення прізвищ було зумовлено потребами адміністративно-юридичної організації держав Європи, Азії. Отже, виникнення кожного ономастичного класу одиниць обумовлено екстралінгвістичними факторами.

А. К. Матвеев у своїй статті «Ономастика і ономастологію» відзначив що термінологічні дискусії в ономастиці часто присвячені «всього двом основним термінам - загальній назві власних імен та найменуванню науки, яка їх вивчає». Автор закликає уточнити дефініції терміна ономастика, тому що проведений ним аналіз показав, що термін ономастика вживається як у значенні «розділ мовознавства (розділ лексикології), що вивчає власні імена», так і в значенні «сукупність власних імен».

Серед вчених не припиняються суперечки про системність ономастичної лексики, оскільки про неї говорять звичайно як про слабо організовану систему. Деякі вчені вважають, що в першу чергу необхідно дослідити системні зв'язки і особливо ступінь їх впорядкованості не у всій ономастичній лексиці, а в окремих її розрядах (в антропонімії, топонімії, космонімії і т.і.) і що за своєю структурно-системною організованістю окремі ділянки ономастичної лексики можуть не поступатися звичайній лексиці мови, а іноді й перевершувати її за деякими параметрами, наприклад, за своєю прагматичною значимістю.

Процесами найменування та вживання імен керують закони мови. Внаслідок тривалого вживання імен певних категорій складається системність, тобто виникають системи різнотипних імен з усіма властивими їм закономірностями. Отже, ім'я не безглузде, воно має значимість і значення, яке може бути виявлено за допомогою лінгвістичного аналізу, що ретроспективно відтворює послідовний хід думок того, хто називає.



Розуміння ономастичного сектору мови як системи, підпорядкованої в основних своїх закономірностях загальній мові, не применшує самобутності ономастичного матеріалу і не заперечує можливості відшукати в ньому такі види і форми зв'язків, які або відсутні зовсім, або слабо представлені в ономастичному масиві мови. Завдання полягає в тому, щоб, досліджуючи ономастику, не випускати з уваги системні зв'язки як в межах ономастичного простору, так і в масштабі мови в цілому.

Шутак Л.Б., Навчук Г.В.

ВТОРИННІ НАЗВИ У МЕДИЧНОМУ ДИСКУРСІ

Кафедра суспільних наук та українознавства

Буковинський державний медичний університет

Лексична організація будь-якої мови характеризується не лише співвіднесенням наявних у ній лексико-семантичних одиниць, але й можливістю переосмислення їх для називання всього того, що необхідно для мовця в певний момент. Тому нерідко в мовленні з'являються вторинні назви, тобто утворюється друге, навіть третє найменування для об'єктів позамовної дійсності, які вже були позначені засобами мови. Такі вторинні номінації ще не засвідчені словниками, але активно вживані в мовленнєвій практиці.

У традиційному витлумаченні вторинна номінація – це використання наявних у мові номінативних засобів у новій для них функції називання. Окрім того, вторинна номінація – один з основних шляхів поповнення лексики української мови, що є результатом її природного розвитку, зумовленого когнітивною та комунікативною потребами людини в її соціально-історичній практиці, а також її „націоналізацією, віддаленням від інших мов, збереженням своєї самобутності”. Вторинні номінації з'являються здебільшого в усному спілкуванні, а також у тих типах наукового мовлення, де термінологія малорозвинена або складна для сприймання, зокрема в професійних термінологіях, одну з яких представляє термінологія медичної галузі.

Вивчення медичного дискурсу в сучасній українській мові – одна з вузлових проблем когнітивно-комунікативної граматики, адже мова медицини – з усіма її формами й засобами вираження та використання в суспільстві – це невід'ємна частина національної мови. Оскільки в Україні медична галузь – одна з найпоширеніших, то вивчення фахового мовлення медиків у різноманітних комунікативних ситуаціях – одне з актуальних питань сучасного мовознавства.

Особливістю мовлення медиків є те, що в ньому поєднуються як традиційні способи пізнання, так і сучасні методи й підходи. Медична галузь формувалася водночас зі становленням людини як особистості. Людина завжди залишалася об'єктом дослідження медицини. Першими ліками від хвороб були слова. Усе це й визначає споконвічний зв'язок між медициною і словом.

Непростий розвиток української наукової мови спричинив складний процес творення термінів на іншомовній основі. Деякі галузі науки, зокрема й медицина, отримали складну грецько-латинську термінологію, яка інколи є малозрозумілою для окремих фахівців, а особливо для пацієнтів, які приходять до лікаря з різноманітними фобіями, страхом почути незрозумілий для них термін чи діагноз. Саме тому в сучасному українському медичному дискурсі дедалі частіше з'являються вторинні назви, мотивовані спеціальними термінами чи створені на основі загальнонавчальної лексики. Основними причинами їхньої появи є складність медичної, особливо клінічної термінології; психоемоційний чинник (психологічне навантаження під час складних обстежень); економія часу (потреба максимально швидко надати необхідну команду під час невідкладної допомоги, оперативних втручань тощо).

Необхідність популяризації медичних знань зумовлена зміною базових компетенцій медицини, і, відповідно, зміною моделі спілкування в ситуації *фахівець – фахівець, фахівець – нефахівець*. Безперечно, основою мови медичного працівника є медична термінологія, що виконує інформативну, гносеологічну та орієнтувальну функції, проте дедалі частіше в розмові медичних працівників з колегами та пацієнтами з'являються вторинні назви, за допомогою яких намагаються спростити процес спілкування в типових і нетипових ситуаціях, а також наблизити лікаря до пацієнта, зробити їхній діалог зрозумілим і доступним, уникнути комунікативних бар'єрів у спілкуванні.

Уживання вторинних номінацій можливе в найрізноманітніших комунікативних ситуаціях, зокрема *лікар – лікар, лікар – молодший медичний персонал, лікар – пацієнт, пацієнт – лікар, лікар – родичі пацієнта*, причому перші дві ситуації передбачають знання й використання іншомовної медичної термінології, наступні ж – вимагають активного діалогу без досконалого знання медичної термінології однією зі сторін.

Вторинні назви, якими послуговуються в сучасному українському медичному дискурсі, утворені різними способами. Суфіксація є одним із типових способів творення вторинних назв лікарів за їхніми внутрішньо-професійними ознаками та назв пацієнтів за властивою їм хворобою.

Найбільш продуктивними та універсальними способами творення вторинних номінацій у медичному дискурсі є метафоричні та метонімічні перенесення. За морфологічним виявом головного компонента вторинні назви, утворені внаслідок метафоризації, – це субстантивні, атрибутивні та дієслівні новотвори, за структурою – однокомпонентні чи багатоконпонентні. Вони ґрунтуються переважно на функціональній подібності та зовнішній схожості. Домінують вторинні назви, створені на основі дієслівних метафор. З-поміж вторинних назв у стоматологічному дискурсі домінують назви інструментів, апаратів та зубів за їхнім місцем у ротовій порожнині щодо середини щелепи.

Причини творення вторинних номінацій у сучасному українському медичному дискурсі різні. Та основна – це бажання уникнути складної медичної термінології та спростити процес професійного спілкування.



Іншими ж причинами використання вторинних назв є потреби комунікативної ситуації. Наприклад, у комунікативних ситуаціях лікар – лікар, лікар – молодший медичний персонал їх вживання зумовлене насамперед потребою зекономити час лікарських команд, оглядів та оперативних втручань, швидко передати інформацію, оптимізувати саме спілкування між фахівцями. Використання вторинних назв у комунікативних ситуаціях лікар – пацієнт, пацієнт – лікар спричинене потребою уникнути комунікативних бар'єрів у спілкуванні, зробити діалог лікаря з пацієнтом зрозумілим, доступним, переконливим, а також етичними чинниками.

СЕКЦІЯ 18

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Навчук І. В.

ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА ЯК ОСНОВА РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
Буковинський державний медичний університет*

Науковою базою профілактичної медицини є концепція чинників ризику розвитку захворювання. Основними чинниками ризику в Україні є підвищений артеріальний тиск, куріння тютюну, зловживання алкоголем, підвищений рівень холестерину, надмірна маса тіла, недостатнє споживання фруктів, овочів, малорухомий спосіб життя. Тому реформування системи охорони здоров'я має передбачати першочерговий розвиток та удосконалення первинної медико-санітарної допомоги, а головним завданням його є покращення стану здоров'я населення шляхом забезпечення доступності медичної допомоги та впровадження сучасних досягнень превентивної медицини.

Й сьогодні третина жителів міста та майже половина жителів села не мають можливості відвідати лікаря та пройти медичне обстеження, а Україна за показником смертності від хвороб системи кровообігу та онкологічних захворювань є лідером у Європі. Загальновідомо, що ефективно запобігти згаданим хворобам можливо тільки у профілактичній площині.

Реформування системи охорони здоров'я в Україні повинно передбачати впровадження в лікарську практику засад сучасної превентивної медицини. Всі лікарі, при наданні медичної допомоги, повинні володіти профілактичними технологіями, а саме: визначати індивідуальні та групові чинники ризику, надавати рекомендації зі здорового способу життя, виявляти хвороби на доклінічному етапі, інформувати пацієнта про негативні зміни в стані здоров'я, розробляти профілактичний план для кожного пацієнта, зокрема, формувати довірчі стосунки з пацієнтами. Ефективність впровадження профілактичних заходів залежить від стилю спілкування лікаря з пацієнтом. Пацієнти прагнуть до довірчого стилю спілкування з лікарем. Тільки довіра пацієнта до лікаря може бути залогом виконання його рекомендацій. Патерналістський стиль спілкування з пацієнтами на сучасному етапі розвитку інформаційних технологій не можливий.

Актуальним залишається і питання розробки сучасних стратегій профілактичних заходів на загальнодержавному рівні з урахуванням досягнень доказової медицини. Наукові дослідження з превентивної медицини повинні базуватися на принципах доказової медицини, що дозволить економічно обґрунтовано здійснювати превентивні заходи, зокрема скринінгові обстеження.

Отже, для забезпечення ефективності реформ в охороні здоров'я необхідним є впровадження сучасних досягнень профілактичної медицини в систему додипломної та післядипломної медичної освіти.

Ревенко Ж.А., Грицюк М.І.

СТВОРЕННЯ СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНОГО ПАСПОРТА ТЕРИТОРІЇ

*Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
Буковинський державний медичний університет*

Для покращання здоров'я населення на територіях його проживання при розробці відповідних соціально – оздоровчих програм для отримання та наступного використання інтегральних показників створюється комп'ютерна база даних – як паспорт території, яка вивчається. Вона складається з наступних груп даних:

1. Переписи населення (вказується стать, повна дата народження, територія проживання – за даними територіальних статуправлінь);
2. Народжуваність за останні 5 років (вказується стать, повна дата народження дитини – за даними територіальних РАГСів);
3. Смертність населення за останні два роки (вказується стать, повна дата народження та смерті, причина смерті, місце проживання – за даними територіальних РАГСів, статуправлінь);
4. Смертність дітей до 1-го року (окрема база даних);
5. Показники середньої очікуваної тривалості життя при народженні (вказується стать, територія проживання – за даними територіальних статуправлінь);
6. Довідник територій (населені пункти, лікарські дільниці, в залежності від направленості і цілей оздоровчих програм);
7. Нормативних та еталонних показників (з урахуванням статі, території проживання – за матеріалами монографії);



8. Нормативних та еталонних таблиць смертності (за статтю та територіями проживання – за матеріалами монографії);

9. Таблиці критеріїв оцінки життєздатності території проживання населення (за матеріалами монографії);

10. Довідникових таблиць ТАГОР (за матеріалами монографії).

При цьому контрольні показники та цілі програм зміцнення та збереження здоров'я населення досягається, якщо: інтегральні показники здоров'я населення α та γ одночасно збільшуються, або α лишається незмінним, а γ – зростає у відповідності до бажаної динаміки; смертність у всіх вікових групах знижується, а середня тривалість життя збільшується; структура розподілу коштів на цільові програми, комплексної профілактики, так і зниження поширеності конкретних захворювань і смертності від них, відповідає розрахунку або близька до неї. Традиційно в соціальній медицині та загальній гігієні вимірюються в основному фізичні ризики для здоров'я населення, як параметри якості: повітря і води, забрудненість ґрунту і т.д. При цьому, так звані ГДК шкідливих речовин, допустимі норми радіоактивного опромінення і т.д., часто доволі довільні і відображують швидше інтереси підприємств і відомств які «забруднюють» ніж інтереси здоров'я і виживання населення, як у вузькому, так і широкому значенні слів. Соціальні ризики, які визначаються економічним розвитком територій, криміногенною обстановкою у них, нарешті, стилем взаємовідносин між людьми в процесі їх життєдіяльності не виділяються взагалі. Проте саме інтегральні показники здоров'я і виживання населення дозволяють вимірювати також і ці ризики. Більш того, якби вдалося побудувати хоча б моделі зайнятості інтегральних показників здоров'я населення від вказаних чинників (а деякі з них необхідно першопочатково «ранжувати» або «відцифрувати»). То це б дозволило абсолютно по-новому, більш коректно поставити і вирішити питання чи це, ще «припустимо», а що – однозначно, чи однак, виходячи з таблиць смертності, можна виміряти ризики і по іншому, а саме в одиницях потенційно або реально не повністю використано кожного віковою групою населення країни в цілому на будь-якій території життєвого ресурсу.

Отже, якщо не витратити кошти і зусилля на профілактику хвороб, наприклад, системи кровообігу в молодших групах, то необхідно буде найбільші затрати на їх лікування у старших групах. А при обмеженому об'ємі ресурсів на відповідні цільові програми. Будуть різко перевищувати інтереси дітей, підлітків і людей працездатного віку. Це висвітлює обмеженості підходу, орієнтованого на ліквідацію конкретних захворювань (хоча і він у ряді випадків може і має місце), і переваги комплексного підходу до профілактики і лікування.

Таралло В.Л.

ТАБЛИЧНИЙ ДОВІДНИК ІНТЕГРАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

*Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
Буковинський державний медичний університет*

Створено довідник інтегральних показників здоров'я населення, придатний для будь-яких людських вибірок і територій їх проживання. Його інформаційна основа ґрунтується на повній узгодженості традиційних показників здоров'я населення (малюкової смертності та середньої тривалості життя) з інтегральними: внутрішньою (вродженою) та зовнішньою (набутою) життєздатністю/життєстійкістю.

Отримання останніх надає можливість визначати статеві-вікову динаміку збереження ресурсу здоров'я і життя протягом всього проміжку існування досліджуваної групи людей (дему, покоління, населення, популяції). За даною характеристикою спостережуваної групи визначається перебіг процесів її визрівання, смертності, вимирання, чинних ризиків (з урахуванням поширеності хронічних хвороб, дієвості системи охорони здоров'я, якості середовища існування і способу життя людей). Розрахунки вікової динаміки збереження вродженого здоров'я сприяють виміру бажаних ресурсів для зменшення ризиків здоров'ю і життя не тільки за статтю, а й по територіях, за професійним та соціальним статусами тощо. Створення довідника та його комп'ютерний варіант пошуку бажаної інформації створив нову інформаційно-методичну та технологічну основу управління здоров'ям населення, системою його охорони та територіями проживання. Останнє стало можливим за відкриттям можливості виміру якості середовища існування та якості системи охорони здоров'я в одиницях здоров'я населення на ґрунті яких сформовано зміст довідника. Розробка започатковує єдину і узгоджену систему управління здоров'ям людей та соціо-екологічним станом їх територій мешкання, поєднує біологічну, соціальну та екологічну підсистеми середовища існування людей за єдиним системним поняттям - здоров'я населення, та чинним одиницями інтегрального виміру останнього.

Наведена новітня інформаційна технологія управління започатковує вимірювані (контрольовані) та прогнозовані засади структурних перебудов в соціо-екології територій мешкання населення і, зокрема, в системі охорони його здоров'я.

Чебан В.І.

ЗАКОНОДАВСТВО УКРАЇНИ У СФЕРІ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ; ВИМОГИ ДО ПРОВЕДЕННЯ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ОФОРМЛЕННЯ ЇХ РЕЗУЛЬТАТІВ.

*Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
Буковинський державний медичний університет*

В Україні наукова діяльність регламентується Законом України «Про наукову та науково-технічну діяльність», який визначає правові, організаційні та фінансові засади функціонування і розвитку науково-технічної сфери тощо.