

**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



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 кожної вікової 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.