

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



**МАТЕРІАЛИ
95 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

17, 19, 24 лютого 2014 року

Чернівці – 2014

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 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 Андрієць О.А.
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 Польовий В.П.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2014



багаточисельність семантичних зв'язків між компонентами. Для подолання труднощів перекладу таких термінів-словосполучень велике значення має знання засобів їх перекладу рідною мовою. З їх кількості можна відокремити два різновиди: двокомпонентні та багатокомпонентні: *tooth enamel* – зубна емаль, *dental drilling engine* – бормашина.

Двокомпонентні терміни є найпоширенішими. Вони утворюють значну кількість терміноутворюючих типів. Їх можна поділити на 2 групи.

До першої групи відносяться терміни типу: N+N (*tooth tissue* – тканина зуба, *needle-holder* – голкоутримувач), N+Prep+N (*occlusion of teeth* – оклюзія зубів), N's+N (*dentist's surgery* – кабінет хірургічної стоматології), abbr+N (*AIDS prevention* – профілактика СНІДу).

До другої групи належать терміни, утворені за типом: A+N (*personal care* – персональний догляд, *dental caries* – карієс зуба), Part I+N (*training programmes* – програми навчання), Part II+N (*worsened access* – погіршений доступ, *filled tooth* – запломбований зуб, *fractured tooth* – зуб, що тріснув).

Моделі кожної з цих двох груп подібні як семантично так і структурно. Перша група об'єднує терміни, в яких обидва компоненти іменникові; у другій групі атрибутивний компонент – прикметник або дієприкметник.

За типом міжкомпонентних зв'язків багатокомпонентні терміни-словосполучення можна поділити на 3 групи: 1) терміни-словосполучення з послідовним підпорядкуванням, в яких компоненти з'єднуються ланцюжком і кожний наступний з них є базовим для попереднього. A+B+V, наприклад: *stomatological education system* – система освіти в стоматології, *water supplying device* – прилад для подачі води; 2) терміни-словосполучення з безпосереднім підпорядкуванням включають компоненти, між якими немає взаємозв'язку і всі вони співвідносяться безпосередньо з певним словом – базовим компонентом термінологічного словосполучення. A+B+V+Г, наприклад, *a well-developed primary care system* – добре розвинута первинна система охорони здоров'я; 3) терміни-словосполучення зі змішаним типом міжкомпонентного зв'язку. (A+B)+(V+Г)+Д, наприклад: *socially responsible health care system* – соціально важлива система охорони здоров'я.

Між кількістю компонентів в термінологічному словосполученні та типом міжкомпонентного зв'язку існує закономірне співвідношення: чим більше компонентів у словосполученні, тим більша частина утворень зі змішаним типом міжкомпонентного зв'язку. Терміни-словосполучення, які включають в себе 5 та більше компонентів, організовані в одне ціле тільки за змішаним типом.

Шутак Л.Б., Навчук Г.В., Ткач А.В.
ЕТИКЕТ ДІЛОВИХ ПАПЕРІВ

*Кафедра суспільних наук та українознавства
Буковинський державний медичний університет*

Наше сьогодення вимагає від кожного фахівця не тільки високої культури спілкування, службової поведінки, а й дотримання етикету ділових паперів, адже документи використовуються в різних галузях людської діяльності, сферах життя. Тому культура писемного ділового мовлення – невід'ємна риса сучасного спеціаліста.

Готуючи документ, необхідно враховувати, що мова не є пасивним фіксатором його змісту, вона виконує активну стимулюючу й регулюючу роль у діяльності органів управління. А це значить, що добір відповідних мовних конструкцій безпосередньо впливає на дієвість директивної та розпорядчої документації: точно підібраних і неоднакових мовних засобів вимагають документи, в яких викладаються прохання, запит, формулюються претензії, висловлюється подяка, оголошується догана. Людина, що укладає їх, повинна добре володіти українською літературною мовою, її нормами й правилами, щоб у конкретному випадку добирати найбільш доцільний і переконливий мовний засіб.

Проявом етикету в ділових паперах є найбільш повне й точне, а значить, переконливе відображення громадських, а не вузьковідомчих чи особистих інтересів.

Особисті стосунки під час оформлення ділових документів відсуваються на другий план насамперед тому, що переважна більшість ділових паперів оформляється від третьої, а не від першої особи. Використання форми третьої особи якраз і посилює громадський характер ділового документа. Проте повністю відмовитись від будь-яких проявів форм ввічливості неможливо. Це означало б відмовитись від узвичаєних у суспільстві традицій. Мовленнєвий етикет не вичерпується списком стандартних словесних зворотів, покликаних висловлювати ввічливість, він повинен пронизувати діловий папір увесь, від адреси до підпису, включаючи і спосіб викладу тексту. Так, наприклад, лист-відмову можна розпочати з констатації відмови, а можна, перш ніж сформулювати відмову, пояснити, чим вона викликана. Якщо перед відмовою є переконливе логічне пояснення, а також ділова порада як вийти з ситуації, що склалась, то тоді відмова не справить такого різкого враження, а дасть можливість продовжувати ділові стосунки.

Великі можливості для вираження етичної оцінки дій іншої сторони приховані в такій дієслівній категорії як активний і пасивний звороти. Порівн.: *Ви не виконуєте мого розпорядження. Мое розпорядження не виконується.* У першому випадку невиконання приписується як провина цілком конкретній особі. У другому – увага приділяється факту невиконання, конкретний виконавець не



називається. Отже, у тих випадках, коли треба підкреслити, що факт невиконання дії має більше значення, ніж вказівка на особу діяча, використовується пасивна форма: *оплата гарантується; лист надіслано; Вашу пропозицію схвалено* і т.д.

Активний стан, звичайно, надає викладові динамізму і вживається у тих випадках, коли необхідно вказати на конкретну особу як джерело дії, напр.: *Адміністрація не заперечує того, що Університет не гарантує...*

Великі можливості в цьому плані мають вдало застосовані відокремлення, які можуть знизити напруженість викладу, порівн.: *Ваше прохання не може бути задоволене. На жаль, Ваше прохання не може бути задоволене з таких-то причин.*

Таку функцію може також виконувати дієприслівниковий зворот, яким можна сформулювати причину (чи підставу) прийняття певного рішення, напр.: *Уважно розглянувши Ваше клопотання, комісія вважає... Враховуючи... Вважаючи... Беручи до уваги... Керуючись... та ін.*

Варто пам'ятати, що надмірна ввічливість обтяжує мову документа, а часом надає йому фальшивого звучання. Думка повинна бути висловленою в прямій формі. Ось як, наприклад, може бути сформульоване розпорядження: *Ви повинні бути присутні на засіданні. Ваша присутність на засіданні обов'язкова. Ваша присутність на засіданні необхідна. Ваша присутність на цьому засіданні просто необхідна.* Перше речення звучить як категоричний наказ, друге – більш стримано, третє – дещо послаблює категоричність, четверте – має відтінок розмовного стилю.

Отже, ситуацій, в яких проявляється службовий етикет, дуже багато. Тільки внутрішній такт і об'єктивність укладача документа можуть підказати йому, яка форма висловлення буде найбільш доцільною.

СЕКЦІЯ 18

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Вацик М.З., Таралло В.Л.

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПРОГНОЗУВАННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

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

Закон виживання популяції дозволяє по новому підійти до вирішення фундаментальних основ діяльності системи охорони здоров'я та визначити обсяг заходів потрібних для зміцнення здоров'я окремої особи на підставі її конкретного обсягу життєвих сил. Саме для цього слід використати таблиці смертності (виживання) – таблиці ТАГОРА.

Про логіку побудови прогнозу смертності та середньої тривалості життя і застосування їх у практичній діяльності присвячена дана робота. В роботі застосовувались історичний, статистичний, комплексний, математично-інтеграційний.

Побудова прогнозних таблиць смертності та очікуваної тривалості майбутнього життя базується на використанні системи трансцендентних рівнянь, яка потребує певних розрахункових дій

$$\int_0^1 (1-q_0)^{x_0^{-1} \cdot x_0^{(1-y)}} dy = e_0^{(0)} / x_0$$

$$\gamma = - \frac{1}{x_0^\alpha (1-x_0^{-1}) \ln(1-q_0)}$$

Для усунення цього стану математичних дій ми використали докладні таблиці (таблиці ТАГОР),

які дозволяють визначати інтегральні показники здоров'я α та γ за бажаними значеннями $e_0^{(0)}$ та q_0 (де α – «ресурс» або запас здоров'я, вроджена життєздатність, γ – «швидкість», тривалість життя або використання життєвого ресурсу, а $e_0^{(0)}$ та q_0 – отримані розраховані табличні їх значення).

Після того, як ми визначили α та γ , то стає можливим обчислити через функцію дожиття, які лежать в основі поданих таблиць смертності.

Застосовуючи інтегральні (α і γ) та традиційні показники (за трендовими таблицями смертності) різних територій, поселень, міст не складно здійснити медико-соціальне картографування, як на даний момент, так у перспективі (за результатами реалізації цільових медико-соціальних та соціоекологічних програм). Нижче наводимо виконану картограму тривалості життя мешканців за віком адміністративних територій Чернівецької області (таб., рис.).

Таблиця

Середня трендова тривалість життя	
1. Еталон	- 85.80
2. Норматив	- 79.09
3. Кіцманський	- 76.63
4. Кельменецький	- 74.98
5. Сторожинецький	- 74.77
6. Глибоцький	- 74.36
7. Новоселицький	- 73.58
8. Герцаївський	- 72.43
9. Хотинський	- 72.24
10. Сокирянський	- 71.48
11. Вижницький	- 70.95
12. Заставнівський	- 70.35
13. Путильський	- 70.30
14. По області	- 70.09

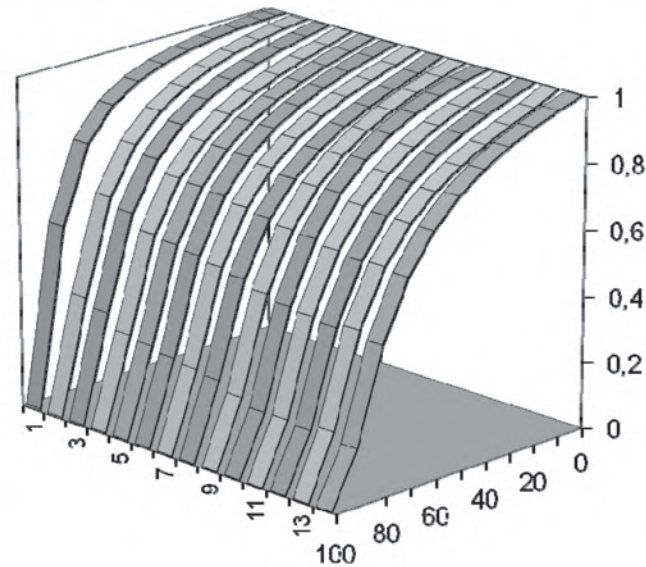


Рис. 1. Динаміка виживання сільських жителів Чернівецької області за віком
(з 10-річними проміжками життєвого циклу)

Із наведеної таблиці видно, що всі ці території Чернівецької області потребують розробки цільових програм, спрямованих на досягнення нормативних показників здоров'я.

Таким чином, саме зазначені таблиці смертності, порядок застосування для створення картограм або паспортів території, допоможуть управлінням створювати об'єктивні соціально-оздоровчі цільові програми, скомпановані на досягнення кращих нормативних та еталонних показників динаміки здоров'я населення.

Навчук І.В., Ревенко Ж.А., Кардаш В.Е.
ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЯК ОСНОВА ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЙОГО
ОХОРОНОЮ ТА ПОКРАЩАННЯМ

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

Негативні зміни здоров'я населення залежать, головним чином, від умов існування, а саме від тих, які населення не в змозі врівноважити. Причиною цього є невідповідність вимог середовища й можливостей населення, тобто в неадекватності способу життя та умов існування. Прогноз цих змін полягає у визначенні таких характеристик середовища і населення, які (при їх погодженні) дозволять останньому повернути рівновагу своїм відхиленням, адаптуватися.

Рівновага й адаптація – не однонаправлений процес у групі керованих процесів. Односпрямований він тільки у випадку стикування (зустрічі) керованих факторів з некерованими. Прикладом може бути факт

поселення людей в певних географічних умовах, які є некерованими, проте правильно було би вважати, що ними управляти не слід. Відомо, що в процесі науково-технічної революції змінилися не тільки почуття, емоції, настрої і переживання, притаманні, як окремій людині, так і групі людей (населенню). З розвитком техніки праця людини і населення одночасно змінювали свою природу та свої адаптаційні можливості, які пов'язані з законами суспільного розвитку. Виходячи з цього, сутність соціальної адаптації необхідно розглядати в узгодженні взаємозв'язку населення і навколишнього середовища, тобто, щоб досягти гарного здоров'я, треба досягти оптимальних взаємин характеристик самого населення і середовища. А для того, щоб домогтися стабільності та динамічного покращання характеристик здоров'я необхідно прагнути до їх еталону, як якості здоров'я, так і якості середовища, з урахуванням того, що здоров'я – інтегральна похідна взаємин населення та середовища й воно є підставою – маркером та кодом якості середовища, й самого населення. У той же час, враховуючи, що якість середовища, в якій проживає населення – це похідна його дій, його функціонування, критерії оцінки середовища слід шукати в якісних характеристиках населення. Саме на такій основі нами були знайдені оптимальні характеристики для існування і взаємодії населення й середовища його проживання (нормативи і еталони виживання).

За результатами проведених досліджень для побудови адекватної (здоров'ю населення) і релевантної (його структури) системи охорони здоров'я необхідно, щоб генеральна мета (спрямованість) діяльності охорони здоров'я відповідала віко-статевій динаміці здоров'я та виживання населення. Водночас, знайдені в дослідженні еталони здоров'я визначають базу на десятиріччя стратегію діяльності системи охорони здоров'я, тактичні аспекти її практичної перебудови для поступального досягнення цих ідеалів. Враховуючи, що реальна крива виживання (динаміки здоров'я) завжди має унікальний (просторово-часовий) характер, зумовлений територіальними особливостями соціо-екологічного середовища проживання людей, на кожній території має функціонувати і власна, унікальна структура охорони здоров'я. Динаміка ступеня наближеності показників здоров'я до еталонів (нормативів) визначає базові критерії системної оцінки якості поточної діяльності служб охорони здоров'я. При цьому, слід враховувати, що знайдені критерії оцінки якості життєпридатності територій не тільки дозволяють давати інтегральну оцінку соціо-екологічного середовища проживання людей і на цій основі планувати роботу адміністрації територій, СЕС та медслужби. Ці критерії, водночас, виступають і критеріями оцінки якості діяльності перерахованих установ, організацій, а також інших соціальних (територіальних) інститутів, діяльність яких прямо чи опосередковано впливає на здоров'я людей.

Крім того, в дослідженні вперше вдалося визначити так звані повні ризики здоров'ю через інтегральний ризик виживання з урахуванням віку, статі та території проживання населення. У цих ризиках відображені, як якість, так і ефективність системи охорони здоров'я людей на цих територіях. Саме розрахунки ризиків здоров'ю і виживанню дозволяють визначати основні ділянки вкладення ресурсів, структуру їх розподілу з урахуванням структури населення, що обслуговується, – за статтю та віком. Вони також дозволяють визначати обсяг ресурсів в узгодженні з реальними територіальними економічними обмеженнями і реально досяжних у цих умовах здоров'ям людей. Всі вказані результати є джерелом рішення якісних (іншими словами, методологічних), економічних, ресурсних (або технологічних і методичних), а також організаційних проблем практичної охорони здоров'я.

Підводячи загальний підсумок, ще раз підкреслимо, що діяльність усіх структур охорони здоров'я при реалізації концепції «управління здоров'ям» повинна бути спрямована на: досягнення нормативів, а у далекій перспективі – еталонів здоров'я населення та якості середовища проживання, де критеріями оцінки виступають показники «нормативних» та «еталонних» таблиць виживання, кращі показники «життєпридатності» територій проживання (подані в одиницях здоров'я населення); скорочення періоду «адаптації» і періоду «деадаптації» при подовженні періоду «стабільного, адаптованого існування» – на основі усунення відхилень реальних показників таблиць виживання від контрольних значень; зниження ризиків неповного використання «життєвого ресурсу» на територіях проживання на основі відповідних віково-статевих таблиць ризиків здоров'ю і життю та збільшення показника "якості життя" (до здоров'я); усунення медико – соціальних ризиків неповного використання «життєвого ресурсу» (зокрема, хронічних захворювань, що ведуть до смерті).

Ревенко Ж.А., Навчук І.В., Кардаш В.Е.
ОПРАЦЮВАННЯ ПРОБЛЕМИ «УПРАВЛІННЯ ЗДОРОВ'ЯМ»

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

Практика показала, що вирішення проблеми виключно в технічному плані - на технічних моделях, неможливе. Враховуючи її міждисциплінарність і системність, рішення слід шукати, в першу чергу, на основі серйозного теоретичного системного опрацювання проблеми «управління здоров'ям» з використанням адекватних отриманим результатам системних методів.

Для такої розробки першочерговим стало виділення системної основи або ядра проблеми (як цілісності). Таким ядром виступило на ґрунті результатів проведених досліджень поняття «здоров'я». Його глибинне дешифрування виявилось можливим тільки із застосуванням розробленого (В.Л. Таралло, 1992) прикладного системного аналізу, який базується на загальній теорії систем (Л. Берталанфі, 1969). Водночас на цій же основі було проведено узгодження ряду інших базових понять, пов'язаних із розкриттям основ формування здоров'я населення, таких як системне середовище популяції, фактори ризику, спосіб життя,