

**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 – її 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 – її 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 довірі 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  $\alpha$  та  $\gamma$  одночасно збільшуються, або  $\alpha$  лишається незмінним, а  $\gamma$  – 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 відображають 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.



Основними завданнями цього Закону є визначення:

- правового статусу суб'єктів наукової і науково-технічної діяльності, матеріальних та моральних стимулів забезпечення престижності та зумовленої суспільними потребами пріоритетності цієї сфери людської діяльності, залучення до неї інтелектуального потенціалу нації;
- економічних, соціальних та правових гарантій наукової і науково-технічної діяльності, свободи наукової творчості;
- основних цілей, напрямів та принципів державної політики у сфері наукової і науково-технічної діяльності;
- повноважень органів державної влади щодо здійснення державного регулювання та управління у сфері наукової і науково-технічної діяльності.

Визначений правовий статус суб'єктів наукової і науково-технічної діяльності (стаття 4). Суб'єктами наукової і науково-технічної діяльності є: вчені, наукові працівники, науково-педагогічні працівники, а також наукові установи, наукові організації, вищі навчальні заклади III-IV рівнів акредитації, громадські організації у науковій та науково-технічній діяльності. Підкреслюється, що вчений є основним суб'єктом наукової і науково-технічної діяльності (стаття 5), який має право:

- обирати форми, напрями і засоби наукової і науково-технічної діяльності відповідно до своїх інтересів, творчих можливостей та загально людських цінностей;
- об'єднуватися з іншими вченими в постійні або тимчасові наукові колективи для проведення спільної наукової і науково-технічної діяльності; брати участь у конкурсах на виконання наукових досліджень, які фінансуються за рахунок коштів Державного бюджету України та інших джерел відповідно до законодавства України;
- здобувати визнання авторства на наукові і науково-технічні результати своєї діяльності;
- публікувати результати своїх досліджень або оприлюднювати їх іншим способом, у порядку, встановленому законодавством України;
- брати участь у конкурсах на заміщення вакантних посад наукових і науково-педагогічних працівників;
- отримувати, передавати та поширювати наукову інформацію;
- здобувати державне і громадське визнання через присудження наукових ступенів, вчених звань, премій, почесних звань за внесок у розвиток науки, технологій, впровадження наукових, науково-технічних результатів у виробництво та за підготовку наукових кадрів.

У Законі України «Про вищу освіту» йдеться про інтеграцію наукової, навчальної і виробничої діяльності в системі вищої освіти. Вона передбачає:

- розвиток різних форм наукової співпраці (в тому числі міжнародної), розв'язання складних наукових проблем, упровадження результатів наукових досліджень і розробок;
- безпосередню участь учасників навчального процесу в науково-дослідних роботах, що проводяться у вищому навчальному закладі;
- планування проведення і виконання науково-педагогічними працівниками наукових досліджень у межах основного робочого часу;
- організацію наукових, науково-практичних, науково-методичних семінарів, конференцій, олімпіад, конкурсів, науково-дослідних, курсових, дипломних та інших робіт учасників навчально-виховного процесу.

Нормативно-правовою основою з питань наукознавства та атестації наукових працівників в Україні є «Положення» Державного Комітету України по стандартизації, метрології та сертифікації. А саме, таким стандартом є ДСТУ 3008-95 (чинний від 01.01.1996 року) «Документація. Звіти у сфері науки і техніки. Структура і правила оформлення» (дод. 1). Цей стандарт поширюється на звіти про роботи (дослідження, розроблення) або окремі етапи робіт, що використовуються у сфері науки і техніки. Чинним є також галузеві методичні рекомендації з цієї проблеми. Стандарт встановлює загальні вимоги до побудови, викладення та оформлення звітів. Стандарт застосовується укладачами звітів про будь-які науково-дослідні, дослідно-конструкторські і дослідно-технологічні роботи. Стандарт може бути застосований також до таких документів, як дисертації, річні звіти, посібники тощо.

**Юрнюк С.В.<sup>\*</sup>, Сенюк Б.П.<sup>\*\*</sup>, Хомко О.Й.<sup>\*\*\*</sup>**

**ПРАВОВА КУЛЬТУРА МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА**

*Кафедра судової медицини та медичного правознавства<sup>†</sup>,*

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб<sup>\*\*</sup>,*

*Кафедра догляду за хворими та ВМО<sup>\*\*\*</sup>*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Правова культура особи нерозривно пов'язана з правовою культурою суспільства, яка не може виникнути без правової діяльності людини. Разом з тим правова культура суспільства робить зворотний вплив на людину, сприяючи підвищенню рівня її правової культури.



Правова культура суспільства відбиває рівень розвитку правосвідомості, права, законодавства, законності та юридичної практики і охоплює сукупність усіх правових цінностей, створених людьми у сфері права.

Рівень правової культури суспільства свідчить про те, як використано передові зразки правового регулювання. Особливо важливою є ступінь засвоєння історичного досвіду правового регулювання (історичні, літературні, наукові пам'ятки, правові традиції, звичаї, правові доктрини тощо).

Антиподом правовій культурі є правовий нігілізм, тобто нерозуміння значення законів або негативне ставлення до права. Існування правового нігілізму пояснюється як історичними, так і сучасними причинами. В умовах самовладдя, що було характерним для Російської імперії, до права, закону ставилися як до чогось непотрібного. Процес впровадження правових принципів у державне і суспільне життя, що розпочався наприкінці XIX – початку XX ст., був перерваний тоталітарним режимом, який склався у 30-х роках.

Не менш значущими є причини поширення правового нігілізму і в наші дні. До них належать непорядкованість законодавства, його нестабільність і суперечливість, низький рівень правової культури, численність відомчих правових актів. Неабияке значення має криза політичної і економічної систем, недоліки у правовій освіті та вихованні.

Для переборення правового нігілізму і підвищення правової культури мають сприяти – правова інформація, правове навчання та виховання, підготовка юридично грамотних кадрів для державного апарату тощо.

Медичним працівникам вкрай необхідні ґрунтовні знання медичного права, адже їхня діяльність щодо надання медичної допомоги населенню регламентується саме нормами цієї галузі права. Медичні відносини поділяються на окремі види, а саме: відносини з приводу надання медичної допомоги – діагностичної, лікувальної, первинної, невідкладної, спеціалізованої, реабілітаційної; медичного втручання; трансплантації органів і тканин людині; корекції статі; відносини з надання медичної допомоги для забезпечення репродуктивної функції людини; відносини з приводу забезпечення хворих лікарськими, протезно-ортопедичними, корегуючими засобами; проведення медичної експертизи; відносини з проведення біомедичних дослідів з участю людини тощо.

Усі зазначені відносини виступають предметом медичного права і регулюються медичним законодавством.

Медичне право – це система правових норм, котрі регулюють якісно свосередні суспільні відносини, змістом яких є вплив на фізичне та психічне здоров'я людини.

До основних інститутів медичного права належать:

- правовий статус пацієнта;
- етико-правовий статус медичного працівника;
- медична допомога;
- трансплантація органів та інших анатомічних матеріалів людині;
- донорство крові та її компонентів;
- профілактика та лікування інфекційних хвороб;
- спеціальні заходи профілактики та лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД;
- спеціальні заходи профілактики та лікування наркоманії;
- медичне забезпечення репродуктивної функції людини; корекція (зміна) статі; психіатрична допомога;
- забезпечення населення лікарськими препаратами та засобами медичного призначення;
- біомедичні досліді з участю людини; медична експертиза.

Медичному праву притаманна низка специфічних рис: наявність медико-соціальних норм, пов'язаних з методикою лікування, встановленням ступеня втрати працездатності, проведенням медичних маніпуляцій, операцій на людині, штучним заплідненням, стерилізацією чоловіків і жінок, констатацією смерті тощо. Такі норми, з медичною особливістю є одночасно біологічними та технічними та водночас правовими, оскільки є формально обов'язковими для медичних працівників. У структурі медичного права значне місце мають норми щодо соціального захисту особи при застосуванні медичного впливу на людину, зокрема, при лікуванні лікарськими засобами, проведенні медичного втручання, обмеженнях щодо донорства, встановлення у визначених законом випадках обов'язкових медичних оглядів, вакцинації, примусового лікування тощо. Тісний зв'язок медичного права з моральністю та етикою. Етичні норми виступають нормами – принципами, котрі забезпечують безоплатність для пацієнта гарантованого державою мінімуму медичної допомоги, неможливість відмови лікаря від пацієнта, безоплатності донорства, заборони евтаназії, забезпечення лікарської таємниці тощо. Насамперед, слід підкреслити об'єктивний характер відносин, які становлять предмет медичного права.

Недоліком правової системи у галузі медичної допомоги є те, що медичне законодавство не систематизовано в одному законодавчому акті. Важливою умовою формування медичного права є необхідність систематизації численного нормативного матеріалу шляхом прийняття Медичного кодексу України.