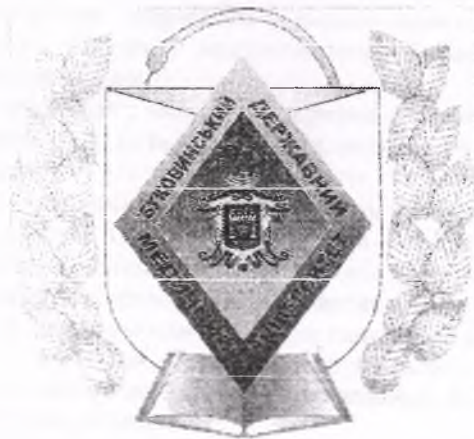


**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**МАТЕРІАЛИ
94 – ї**

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

18, 20, 25 лютого 2013 року

Чернівці – 2013

Вилка Л.Я., Гелецька А.І. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ НАВЧАЛЬНОЇ МОТИВАЦІЇ У СТУДЕНТІВ-ІНОЗЕМЦІВ (НА ОСНОВІ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ)

Заболотний К.Ф. АФІКСАЦІЯ У СИСТЕМІ СЛОВОТВОРЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ТЕРМІНІВ
Гелеточна Л.І. СТРУКТУРА ТА СЕМАНТИКА ТВІРНИХ ОСНОВ КОРЕНЕВИХ НЕПРАВАЛЬНИХ ДІЄСЛІВ ГЕРМАНСЬКОГО ПОХОДЖЕННЯ В АНГЛІЙСЬКІЙ СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Зорій Н.І. ПРОБЛЕМА ДЕМАРКАЦІЇ НАУКОВОГО І НЕНАУКОВОГО ЗНАННЯ В ПСИХОЛОГІЇ
Ключка Н.Я. ЛЕКСИКО-СЕМАНТИЧНЕ ПОЛЕ ЯК СТРУКТУРНИЙ КОМПОНЕНТ ТА МЕТОД ЙОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Костецька Г.В. ЯВИЩЕ СИНОНІМІЇ У НІМЕЦЬКІЙ СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Лапа Г.М. КЛАСИФІКАЦІЯ ТЕРМІНОЛОГІЧНИХ СПОЛУЧЕНЬ АНГЛІЙСЬКОЇ СУБМОВИ «СТОМАТОЛОГІЯ» У ФОРМАТІ ПЕРЕКЛАДУ ТА ЛЕКСИКОГРАФІЧНОЇ КОДИФІКАЦІЇ

Маковська О.О. ФІЛОСОФСЬКО-КОГНІТИВНЕ РОЗУМІННЯ ОНТОЛОГІЧНИХ КАТЕГОРІЙ ТА ЇХ ВІДОБРАЖЕННЯ У ТЕРМІНОСИСТЕМІ ПЛАСТИЧНОЇ ХІРУРГІЇ

Мотрюк Н.Г. КІЛЬКІСНИЙ АНАЛІЗ ПРАГМАТИЧНИХ МАРКЕРІВ У ПРОМОВАХ БАРАКА ОБАМИ ТА ДЖОНА МАККЕЙНА

Навчук Г.В. СУЧАСНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНА УКРАЇНСТВА

Оробчук Д.Б. ЛЕКСИКО-СЕМАНТИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТА СТРУКТУРА ОКАЗІОНАРНИХ КОМПЗИТИВІВ В НІМЕЦЬКІЙ МОВІ

Овчепенко Б.А. АДАПТИВНА ПОВЕДІНКА ЯК СКЛАДОВА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Пендеревська Л.В. ЗНАЧЕННЯ ТА МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ НАКОПИЧЕННЯ ОСОБИСТОСТІ «КЛІЄНТСЬКОГО» ДОСВІДУ СТУДЕНТАМИ – МЕДИЧНИМИ ПСИХОЛОГАМИ У ПРОЦЕСІ ПРОФЕСІЙНОГО ТА ОСОБИСТІСНОГО РОЗВИТКУ

Поталова Д.В. ЕКОЛОГІЧНО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ЕКОЛОГІЗАЦІЇ ЕКОНОМІКИ

Починск Л.І. ТЕРМІНОТВОРЧИЙ ПОТЕНЦІАЛ СЛОВОТВОРЧИХ ЗАСОБІВ СУЧАСНОЇ АНГЛІЙСЬКОЇ МОВИ В СУБМОВІ «СТОМАТОЛОГІЯ»

Роман Л.А. ВИРОСТТЕННЯ УКРАЇНСЬКОЮ МОВОЮ ЯК ФАКТОР СОЦІАЛІЗАЦІЇ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ В УКРАЇНСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ

Руснак Ю.М., Антофійчук І.Я. НАЗВИ ПОНЯТЬ НАРОДЖУВАЛЬНОГО ОБРЯДУ В БУКОВИНСЬКОМУ ВІВЕРКАХ ЯК ВІДОБРАЖЕННЯ АКУШЕРСЬКИХ ЗНАТЬ УКРАЇНЦІВ

Семенко І.В. СТОМАТОЛОГІЧНІ ТЕРМІНИ ГРЕЦЬКОГО І ЛАТИНСЬКОГО ПОХОДЖЕННЯ В СУЧАСНІЙ НЕМЦЬКІЙ МОВІ

Семисюк А.В. СЕМАНТИЧНА ВМОТИВОВАНІСТЬ НІМЕЦЬКИХ ТА УКРАЇНСЬКИХ ТЕРМІНОЛОГІЧНИХ ОДИНИЦЬ СУБМОВИ «СТОМАТОЛОГІЯ» З ОЦІНКИ ЛЕКСИКОГРАФІЧНОЇ КОДИФІКАЦІЇ

Синиця В.Г. ВПЛИВ ДАВНЬОГРЕЦЬКОЇ ТА ЛАТИНСЬКОЇ МОВ НА ФОРМУВАННЯ ФРАНЦУЗЬКОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Сидоренко Т.М., Шевський В.А., Скакун І.О. ОСОБЛИВОСТІ ДУХОВНОСТІ УКРАЇНСЬКОГО НАРОДУ

Скрицька Н.В. ПРОБЛЕМА ФОРМУВАННЯ ФІЛОСОФСЬКОЇ ДУМКИ КИЇВСЬКОЇ РУСИ ТА ЇЇ ДУХОВНО-КУЛЬТУРНИЙ КОНТЕКСТ

Стрельська Н.А. ПСИХО-ДУХОВНІ ЧИННИКИ ОСОБИСТІСНОГО ТА ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ СТУДЕНТІВ МЕДИКА

Соловйова Н.І. ЛЕКСИЧНІ ТРАНСФОРМАЦІЇ У ПРОЦЕСІ ПЕРЕКЛАДУ НАУКОВИХ ТЕКСТІВ АНГЛІЙСЬКОЇ СУБМОВИ «СТОМАТОЛОГІЯ»

Стегніцька Г.В. ЕГОНІМИ В АНГЛІЙСЬКІЙ СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ЛЕКСИЦІ

Тимофієва О.П. РОЛЬ РЕФЛЕКСИВНИХ КОМПОНЕНТІВ В ПРОФЕСІЙНІЙ САМОРЕАЛІЗАЦІЇ СТУДЕНТІВ МЕДИЦИ

Ткачів В.В. ІНОМОВНА ЛЕКСИКА В СУЧАСНІЙ УКРАЇНСЬКІЙ ЛІТЕРАТУРНІЙ МОВІ

Томка І.В. ПРОБЛЕМИ РОЗРІЗНЕННЯ СИНОНІМІЇ, ОМОНІМІЇ ТА БАГАТОВИАННОСТІ ПРИ ВСПРЯМУВАННІ УКРАЇНСЬКИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ТЕРМІНІВ

Чебан В.Л., Степанюк Л.Б. КОНЦЕПТУАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ПРОБЛЕМИ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВ'Я

Шалова Г.В. РОЛЬ СУФІКСІВ В УТВОРЕННІ АНГЛІЙСЬКИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ТЕРМІНІВ СЕРЦЯ – АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Нардін В.Р., Дівацька Е.Ц., Ревенко Ж.А. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНКИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ

Навчук В., Битик І.О., Вашик М.З. ОЦІНКА ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Таралко В.Л., Шкробанець І.Д., Грицюк М.І. ПРОГНОЗ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

льності дій медичного персоналу.

Форма визначення якості медичної допомоги залежить від того, кого вона цікавить, і включає на-
лі види контролю: внутрішній – контроль якості з боку медичного персоналу, який надає допомогу;
живчий – контроль якості з боку пацієнта-споживача медичної допомоги; зовнішній – контроль якості з
боку організацій, незалежних від медичного персоналу та пацієнта.

Для об'єктивного визначення якості надання медичної допомоги, необхідно чітко визначити мету,
завдання та етапи проведення експертної оцінки. Основними етапами проведення експертизи методом
експертних оцінок є: формулювання керівником мети експертизи; добір робочої групи; розробка
технічного завдання для проведення експертизи; розробка технології проведення збору та аналізу
експертних думок з урахуванням конкретного виду експертної інформації (слова, умовні градації, числа,
визначення тощо) та конкретні методи аналізу (визначення медіани Кемені, статистичний аналіз
«класів» та інші методи статистики об'єктів нечислової природи); добір експертів відповідно до їх
компетентності; формування експертної комісії; збір експертної інформації; аналіз експертної інформації;
інтерпретація отриманих результатів та підготовка висновку для керівника лікувально-профілактичного
закладу.

Алгоритм експертизи якості медичної допомоги складається з шести послідовних базових блоків
роботи: анамнезу; діагностичних процедур; діагнозу; консультацій спеціалістів; комплексу лікувальних
ходів; досягнутого результату; задоволеності пацієнта.

Реалізація визаного алгоритму охоплює практично всі взаємовідносини між пацієнтом і
медичним персоналом: та дозволяє стандартизувати підходи до визначення якості медичної допомоги.

Тарада В.Л., Шкробанець І.Д., Грицюк М.І.
ПРОГНОЗ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

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

У даний час планування витрат галузі охорони здоров'я прямує «від досягнутого», виходячи з суто
математичних показників та традиційних показників: кількості ліжок, лікарів, витрат на обладнання
лікувально-профілактичних закладів, лікарські засоби тощо. Такий підхід має певне право на існування,
але він є «вузько технологічним» і знаходиться вдалечині від інтересів громади та її окремих членів, як
хворих, так і здорових. Це не свідчить, що створена система повинна бути зламанною. На наш погляд,
розумнішою стане ситуація, якщо хворі і здорові члени громади почнуть активно залучатися до
формування і реалізації цільових програм з охорони і укріплення власного здоров'я - за координацією дій з
боку спеціалістів, що будуть здійснювати «науково-технологічний» супровід таких програм під час їх
реалізації.

Закон виживання популяцій і тісно пов'язані з ним інтегральні показники здоров'я населення
дозволяють принципово по-новому підійти до цього питання. І сама галузь, напевно, буде функціонувати
ефективніше, якщо її фінансування і матеріально-технічне забезпечення буде здійснюватися не тільки з
державного бюджету (директивно) або легально чи «підпільно» з кармана пацієнтів безпосередньо в
процесі лікування, а всією громадою за принципом «молодий платить за старого, здоровий за хворого і
багатий за бідного». З даної точки зору закон виживання дозволяє спрогнозувати за демографічними
показниками здоров'я населення в термінах його виживання (популяційний шабель) і визначити, виходячи
з вікової структури населення на конкретній території, оптимальну структуру витрат на охорону і
укріплення його здоров'я на підставі об'єму життєвого ресурсу, що підлягає відновленню. Висвітленню
відповідних підходів і присвячене виконане дослідження.

Основним змістом досліджень стало створення конструктивних можливостей інформаційно-
методичного і технологічного узгодження переходу від популяційних показників до традиційних і
назпакки.

Внаслідок проведених досліджень була запропонована і апробована технологія використання
індивідуальних довідників, яка дозволяє інструментально і вручну знаходити конструктивне рішення проблем
підвищення здоров'я населення із залученням створених довідкових таблиць ІАІОР. Останні
створені на пряме перенесення традиційних показників (малюкової смертності, в тому числі по-
родничої, малюкової захворюваності і середньої очікуваної тривалості життя – при народженні) в
інтегральні показники (індекс): внутрішньої і зовнішньої хворобливості і життєстійкості (елементи
показників формул законів збереження здоров'я і виживання популяцій, відповідно), які дозволяють
інформаційно забезпечити визначення «стартових умов», динаміки і прогнозів здоров'я населення і або
хворих на хронічні захворювання, життєпридатності території їх проживання, здійснити порівняльні
розрахунки показників здоров'я і якості життя на всіх етапах життя, статево-вікових та інших ризиків
здоров'я і життя, і за ними даними виділити необхідну спрямованість соціально-оздоровчих програм в
конкретних регіонах, вираховувати обсяги і структуру необхідних коштів для їх реалізації в річній динаміці,
також провести інші розрахунки – за змістом оздоровчих моделей (програм).

Конкретними орієнтирами в оцінці здоров'я груп людей щодо ступеня наближення до кращих
своєчасних стандартів запропонованій технології постають нормативні та еталонні показники внутрішньої і
зовнішньої життєстійкості населення загальні і за статтю, а також по територіях – в оцінці їх

«доброзичливості» (для збереження здоров'я і життя), які наведені в «Таблиці критеріїв оцінки життєпридатності територій».

Зміст таблиць ТАГОР – методологічна, інформаційно-методична і технологічна основа для вибору раціональних рішень і реалізації розумних дій під час професійного виконання програм щодо збереження, укріплення здоров'я населення. Раніше таких можливостей у медиків, гігієністів та організаторів охорони здоров'я не існувало або, точніше, в цих питаннях їх можливості були обмеженими. Таблиці дані сприяють прийняттю вірних рішень з соціо-екологічної адаптації, збереженню і укріпленню здоров'я населення в різних умовах середовища існування, покращанню цього середовища, зокрема системи охорони здоров'я, дозволяють «облікувати» якість відповідних законів, проєктів і окремих заходів для отримання бажаного результату в межах керованих і ресурсозберіжувальних медико-соціальних програм. Клініцисти додатково до загальних таблиць отримують міцну системну підтримку власних профілактичних і лікувальних програм у вигляді аналітичних, комбінованих таблиць «захворюваності – смертності і цільових таблиць ТАГОР для оздоровлення населення від поширених хронічних хвороб».

СЕКЦІЯ 18 ФІЗИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ В МЕДИЦИНІ

Босчко В.Ф.

ДЕЯКІ ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ З БІОФІЗИКИ І МЕДИЧНОМУ ВУЗІ

*Кафедра біологічної фізики та медичної інформатики
Буковинський державний медичний університет*

Кожне практичне заняття має теоретичну і практичну частину. В теоретичній частині залягає наступне:

- обґрунтувати необхідність вивчення даного явища з метою його застосування в діагностичному чи лікувальному процесі;
- зрозуміти суть фізичного явища;
- вивчити функціональну залежність між параметрами явища;
- знати особливості параметрів явища на основі яких можна і потрібно застосувати в медичній практиці лікаря;

Практична частина заняття потребує особливого підходу, а саме:

- довести суть практичної роботи, яку повинен виконати кожен студент;
- навчити студентів проводити різні виміри чи працювати з приладами для фіксації потрібних параметрів;
- оцінювати отримані числові значення виміряних величин;
- обробляти результати отриманих величин;
- аналізувати отриманий кінцевий результат, його достовірність;
- показати студентам, що кожен вимір здійснюється з певною похибкою для даного методу дослідження.

Григоршин П.М.

ПОЛЯРИМЕТРИЧНА ДІАГНОСТИКА ПОЛІКРИСТАЛІЧНИХ МЕРЕЖ ПЛАЗМИ КРОВІ

*Кафедра біологічної фізики та медичної інформатики
Буковинський державний медичний університет*

У роботі використовується Мюллер-матричні зображення $N_{ij}(m \times n)$ полікристалічної мережі біологічних кристалів амінокислот плазми крові. З біохімічної точки зору основними парціальними двопронезаломлючими структурами плазми крові є циліндричні кристали альбуміну та сферолітичні кристали глобуліну. З оптико-геометричної точки зору такі мережі білків плазми крові формують сферолітичні полікристалічні мережі.

Експериментальні зразки готувалися за стандартною методикою у вигляді мазків на оптично однорідному склі, які потім висихали при кімнатній температурі.

На рис. наведена оптична схема поляриметра. Паралельний світловий пучок ($\varnothing = 10^3$ мкм) Н-лазера 1 ($\lambda = 0,6328$ мкм, $W = 5,0$ мВт) проходить через коліматор 2, стаціонарну четверть хвильову пластинку 3, механічно рухомі четвертьхвильові пластинки 5, 8, поляризатор і аналізатор 4, 9, відповідно досліджуваний об'єкт 6, мікрооб'єктиви 7. Сформовані поляризаційні зображення направляються на площину світлочутливої площини (800x600 пікселів) CCD-камери 10, яка забезпечує діалог з вимірювання структурних елементів біологічних тканин розмірів – 2-2000 мкм; статистичний аналіз зображень біологічних тканин проводиться персональним комп'ютером 11. Формування лазерного пучка відбувається з довільним азимутом $0^{\circ} \leq \alpha_0 \leq 180^{\circ}$ або еліптичністю $0^{\circ} \leq \beta_0 \leq 90^{\circ}$ поляризації.