

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 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 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.

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 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016



навчання, які виявляються всередині етапів та підетапів (стадії імітації, трансформації, репродукції, комбінування).

Кожен з рівнів володіє своєю специфікою, яка виявляється психолого-педагогічними особливостями студентів. Звичайно, специфічні риси надають кожному методу та кожному методичному принципу її власний вигляд, також вони обумовлюють ті позитивні та негативні риси, які притаманні кожному з них. Отже, ми переглянули сучасні методи викладання, їхні методичні принципи, та виділили серед усіх вище вказаних принципів, на нашу думку, найефективніший з них, а саме принцип системності та організації навчання іноземних мов.

Шалаєва Г.В.

МІФОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНІ ТЕРМІНИ

Кафедра іноземних мов

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Тривалий історичний етап формування медичної термінології мав величезний вплив на її лексичний склад. Кожна епоха визначає свідомість. Для архаїчної свідомості, в якій домінує релігійна еліта, характерні сакральні форми вираження знань про навколишній світ. Звідси і нерозривний зв'язок первинних медичних знань з релігією. Слова медичного лексикону увібрали в себе дуже багато з історії минулих епох, взяли з інших сфер людської культури. Впродовж довгого періоду часу хвороба вважалася посланою зверху і тільки по велінню священних, містичних сил могло статися зцілення, тому релігійна мотивація іменувань переважала у архаїчному світі, відбиваючи наївну картину сприйняття дійсності.

У медицині є терміни, які можна розглядати як релікти минулих культурних епох: міфологізми (від античності), біблійзми (від середньовіччя); епоха Відродження додала дещо з астрології і хіромантії. А імена реальних вчених, літературних персонажів складають клас так званих епонімів, або фамільних термінів і теж включають у свій зміст відгомони історії.

Охоплюючи поглядом медичну термінологію упродовж двох з половиною тисячоліть (зрозуміло, ґрунтуючись на лексикографічних джерелах, які добре збереглися), можна скласти цілий список греко-римських богів, демонів, героїв і інших фантастичних істот, що залишили свій відбиток в медичному словнику: Адоніс, Арахна, Атропа, Афродіта (Киприда), Бахус, Венера, Геба, Геліос, Гігієя, Гіменей, Гіпнос, Діоніс (Вахс), Марс, Меркурій, Морфей, Нарцис, Німфа, Панацея, Пігмаліон, Приап, Психея, Сатир, Танатос, Уран, Флора, Ерот, Ескулап та ін.

Медицина – саме та галузь, де взаємообмін інформацією є життєво необхідним. На становлення термінологічної системи мови медицини величезний вплив зробили латинська і грецька мови: спочатку закріпившись в термінології грецької мови, міфічні власні імена у якості класифікуючих терміноелементів відіграли величезну роль в подальшому процесі терміноутворення.

Міфоніми – імена будь-якої сфери ономастичного простору в міфах, епопеях, казках, билинах. У складі інтернаціональних термінологічних одиниць залишилося чимало грецьких і латинських медичних термінів, самостійних іменників, а також терміноелементів, утворених на основі назв власних імен. Під терміноелементами мається на увазі елемент складних термінів, що регулярно повторюється і відтворюється, як правило, займаючи певне місце в структурі терміну, і передає досить стабільне узагальнене значення (як таке, що класифікує, так і таке, що модифікує).

Похідними від міфічних імен власних являються терміноелементи: морф (in) – від імені Морфея, бога сновидін; мерк- (merc-) від імені бога Меркурія, покровителя торгівлі; пси- (psy-) від міфічного імені Психеї, красуні, якій Зевс подарував безсмертя; танато- (thanato-) від імені Танатоса, бога смерті; атроп- (atrop-) від імені Атропи, грецької богині смерті, гіпн- (hypn-) від імені Гіпноса, бога сну. Його латинський еквівалент Somnus, -soppi, також є кореневим у ряді медичних термінологічних одиниць англійської мови, що мають загальне семантичне значення, котре відноситься до сну. Будучи кореневими терміноелементами, вони беруть активну участь в процесі утворення латинізованих клінічних і фармацевтичних термінів: морфін, гіпноз, ртуть, психостенія, танатофобія та ін.

Вищезгадані медичні терміни використовуються не лише в латинізованому варіанті. Функціонуючи у рамках тієї або іншої мовної культури, терміни підкоряються морфологічним, граматичним і фонетичним нормам мови, в якій вони використовуються.

Шутак Л.Б., Навчук Г.В.

ОСОБЛИВОСТІ ВТОРИННИХ НОМІНАЦІЙ (НА МАТЕРІАЛІ МЕДИЧНОЇ ДИСКУРСОЛОГІЇ)

Кафедра суспільних наук та українознавства

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Непростий розвиток української наукової мови спричинив складний процес творення термінів на іномовній основі. Деякі галузі науки, зокрема й медична, 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; психосоціально-психологічний 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 іномовної 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. Серед 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. Загальна причина – бажання уникнути складної медичної термінології, спростити сам процес професійного спілкування. З-поміж інших причин використання вторинних назв – потреби комунікативної ситуації. 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.

Шутак Л.Б., Навчук Г.В., Ткач А.В.

ФРАЗЕОЛОГІЗОВАНІ ОДИНИЦІ В ДІЛОВОМУ ТА ФАХОВОМУ МОВЛЕННІ

Кафедра суспільних наук та українознавства

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Найбільш масовим типом спілкування людей у суспільстві є ділове спілкування, без якого неможливо обійтися в будь-якій професійній сфері, зокрема й медичній. За твердженням науковців, недостатня підготовка до розмови, невміння виокремити в ній головне, лаконічно й грамотно висловити свої думки призводять до значних (до 20 – 30%) втрат робочого часу, а також перешкоджають встановленню і розвитку співробітництва й партнерства між колегами, керівником і підлеглими, лікарем і пацієнтами та їхніми родичами, фармацевтом і відвідувачем аптеки.

Невід'ємною частиною фахової культури медичного працівника є вміння правильно оформлювати медичну документацію, успішно вести бесіду, телефонну розмову, проводити переговори, прийом хворих тощо. Здійснення процесу спілкування вимагає від них бездоганного знання мови, вміння використовувати мовні засоби, у тому числі й фразеологізовані одиниці, відповідно до стильового та стилістичного призначення і мети спілкування. Це означає, що фахівець повинен уміти послуговуватися усіма стилями мови, насамперед офіційно-діловим, науковим і розмовним, для виконання професійно-виробничих і соціально-побутових функцій.

Кожний стиль мови володіє значним запасом фразеологізмів. Стилістичні функції фразеологізмів залежать і від джерела їх походження. На цій підставі фразеологізми діляться на декілька груп. Так, книжні фразеологізми виникли на писемній (книжній) основі й найчастіше використовуються в книжних стилях. З-поміж них виділяють нейтральні (міжстильові) звороти, як-от: *на нашу думку, підвищувати рівень, користуватися успіхом, круглий стіл, докласти зусиль*.

До книжних фразеологізмів належать також крилаті слова і вирази – сталі словесні формули, що є повторенням влучних висловів письменників, філософів, учених, державних діячів тощо. Наприклад: *лебедина пісня* (староримський вислів), *мертві душі* (за назвою твору М. Гоголя), *ахіллесова п'ята* (з грецького міфу про героя Ахілла), *перейти Рубікон* (з римського переказу про Цезаря).

Окрему групу становлять фразеологізми, створені на біблійній основі, напр.: *обітована земля* (багатий край); *берегти як зіницю ока* (як щось найцінніше); *перекувати мечі на рапи* (змінити напрям діяльності) та ін.



До книжних фразеологізованих одиниць належать і термінологічні словосполучення, поява яких зумовлена постійним розвитком різних галузей науки, культури, техніки. Ці фразеологізми найчастіше використовуються в науковому, діловому і публіцистичному стилях, тобто у професійному мовленні науковців, працівників освіти, медиків, юристів, економістів, журналістів і т. д. У творах художньої літератури вони вживаються рідко. Термінологічні словосполучення, як і інші групи фразеологізмів, означають одне поняття і в мовленні виступають як готовий вислів, що не членується: *долікарський огляд, променева хвороба, ліжковий режим, комплекс симптомів, жовчні протоки, здоровий спосіб життя, погані звички, дотримання дієти, задавнена хвороба, порушення травлення, прискорене серцебиття, ковтальний рух, шкідливі домішки, випускання хворого* тощо.

Дуже багато подібних фразеологізмів використовується в офіційно-діловому мовленні, яке тяжіє до сталих зворотів і виразів (кліше) канцелярського, офіційного характеру: *ми, що нижче підписалися; брати участь; взяти до уваги; згідно з; відповідно до; зважаючи на вищезазначене; витяг з протоколу* тощо. Такі сталі звороти є трафаретними, відтворюваними. Серед них є усталені мовні звороти, які характеризуються певною самостійністю частин. Вони можуть бути поповнені іншими словами, окремі їх елементи можна досить легко замінити іншими – синонімічними. Порівн.: *розв'язати питання і вирішити питання*. Здебільшого основне слово такого звороту може бути ядром також інших подібних словосполучень: *порушити питання, порушити справу, порушити клопотання; брати до уваги, брати до відома, брати участь*.

З-поміж усталених зворотів досить виразно виділяється група фразеологізмів, які перейшли до літературної мови з живої мови представників різних професій. У них закріплено виробничий досвід людей, нагромаджений протягом віків, напр.: *на живу нитку* (з мови кравців), *розмотати клубок* (з мови прядь), *між молотом і ковалом* (з мови ковалів), *покласти першу цеглину* (з мови мулярів). Чимало фразеологізмів цього типу ввійшло в мову і в новіші часи: *відігравати роль, зміна декорацій, як по нотах* (з театральної-музичної сфери), *центр ваги* (з фізики), *досягти апогею* (з астрономії), *бурхлива реакція* (з хімії), *гірка піюля, кров псувати, язик без кісток* (з медицини).

Отже, фразеологізовані одиниці роблять наше мовлення багатим, виразним, оригінальним та „комфортним”. Уміле їх використання у фаховому мовленні „полегшує” процес спілкування, сприяє ефективності праці, встановленню співробітництва і партнерства між колегами.

СЕКЦІЯ 18

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Бідучак А.С., Навчук І.В., Ревенко Ж.А.

ОБІЗНАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ З ПИТАНЬ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

*Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Спосіб життя, як правило, заснований на звичних поведінкових реакціях. Звички формуються у дитячому і юнацькому віці у результаті взаємодії генетичних і середовищних чинників, зберігаються й навіть посилюються під впливом соціального середовища у зрілому віці, що пояснює різні поведінкові реакції у осіб різних соціальних груп. На додаток ці чинники перешкоджають можливості вести повноцінно здоровий спосіб життя (ЗСЖ) та слідувати лікарським рекомендаціям.

Для повноцінного забезпечення та реалізації поставленої мети нами вивчено обізнаності населення Чернівецької області щодо ЗСЖ та профілактики хронічних захворювань.

Респондентів розділили на 3 вікові категорії: 18 – 35 років, 36 – 55 років, 56 років і старше. У віковій категорії 18 – 35 років опитано 578 респондентів (35%); з них чоловіків 281 (48,62%), жінок 297 (51,38%); 36 – 55 років – 527 респондентів (31,82%); чоловіків – 290 (55,03%), жінок – 237 (44,97%); 56 років і старше – 551 респондент: чоловіків 269 (48,82%), жінок 282 (51,18%).

Перше питання анкети передбачало визначення респондентами, значущості чинників ризику у виникненні хронічних хвороб. Шкідливі звички посіли перше місце, а далі йдуть – малорухливий спосіб життя, нераціональне харчування, спадковість.

Отже респонденти розуміють важливість впливу на здоров'я шкідливих звичок й готові позбутися їх.

Друге питання анкети полягало у визначенні респондентами профілактичної активності у їх дільничних, сімейних лікарів.

За результатами опитування встановлено, що 70% опитуваних жінок та чоловіків всіх вікових категорій стверджують, що дільничний терапевт, сімейний лікар не проводили з ними профілактичну роботу щодо формування здорового способу життя.

Наведені дані свідчать або про недостатню обізнаність лікарів з питань здорового способу життя та медичної профілактики, або, що профілактика захворювань для них є вельми складною справою, можливо із-за своєї трудомісткості, та невідчутності наразі бажаного результату, це свідчить про те, що сконцентрованість лікаря направлена на лікування хвороби, а не на її попередження.



Аналізуючи думку респондентів, щодо їх обізнаності з профілактики хронічних захворювань можемо стверджувати, що понад 70% з опитаних потребують знань щодо здорового способу життя та профілактики хвороб.

Дослідження думки стосовно джерел отримання інформації з питань збереження та зміцнення здоров'я показало, що більшість опитаних чоловіків (61,9%) та жінок (68,0%) вікової категорії 18 – 35 років надають перевагу Інтернету; а у віці 36 – 55 років (56,5%) чоловіків та (60,8%) жінок – засобам масової інформації (ЗМІ). Респонденти 56 років і старше також надають перевагу ЗМІ. Загалом 40% респондентів хочуть отримувати інформацію від медичних працівників.

Наступним кроком було з'ясування щодо розробки необхідних заходів системою охорони здоров'я для поліпшення здоров'я. У всіх вікових категоріях опитані зазначили, що необхідно підвищити доступність отримання інформації щодо профілактики захворювань на прийомах в лікувальних закладах (50,0 – 72,6%) та збільшити кількість теле-і радіопередач про здоров'я (40,2 – 54,2%), організувати спеціалізовані консультативні прийоми з питань здорового способу життя (37,2 – 55,5%).

Отже отримані результати свідчать про те, що організація охорони здоров'я потребує розробки профілактичних заходів щодо боротьби з поведінковими чинниками ризику серед різних вікових груп населення. Тому особливу увагу необхідно звернути на проведення профілактики саме шкідливих звичок у різних вікових категоріях з урахуванням того, що більшість населення (70%) потребує знань з питань здорового способу життя, а 40% з них хоче отримувати їх від медичного працівника.

Вацник М.З.

ТЕНДЕНЦІЇ ДЕЯКИХ ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ НА БУКОВИНІ ЗА 2001 – 2014 РОКИ

*Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Сьогодні на стан надання медичної допомоги населенню Чернівецької області, як в цілому по країні, серйозний вплив мають соціальні, економічні, екологічні, демографічні фактори, пов'язані з міграцією, урбанізацією, значним забрудненням довкілля, серйозними кліматичними змінами, посиленням соціальної нерівності в розподілі матеріальних благ та відсутністю можливостей для підтримки здоров'я людей.

Мета дослідження – виявлення тенденцій основних показників здоров'я населення Чернівецької області за період 2000 – 2014 роки має на меті допомогти органам охорони здоров'я області виробити відповідні організаційні рішення.

Одним з інтегральних показників стану добробуту та здоров'я населення є середня очікувана тривалість життя. У країнах Євросоюзу цей показник досяг 80,2 років, якщо в Україні – лише 76,7 років, то в Чернівецькій області він ще коротший – 65,9 років. Як показано в наведених даних (таб.1) у області, починаючи з 2005 р., намітилася тенденція щодо подовження тривалості життя людей у цілому, хоча у чоловіків і відстає.

Демографічне навантаження в області на осіб віком 16-64 роки в Україні залишалось за період на рівні 421 дорослих та 514 дітей. У Чернівецькій області на 1000 осіб припадає 238 дітей від 0 до 14 років та 197 осіб віком 65 років і старших.

В територіальному розподілі найстаріше населення мешкає у Кельменецькому – 303 осіб, Хотинському – 275 осіб, Сокирянському – 256 осіб, Заставнівському – 255 осіб рівнинних районах. Наймолодше населення зафіксоване в Путильському гірському районі – 35,1 років. Середній вік людей Буковини залишається нижчим (38,4 роки), ніж по Україні (40,8). Якщо аналізувати статеву різницю, то середній вік жінок становив 40,5 років, чоловіків 36,1 років, в той час як по Україні відповідно 42,8 та 37,6 років. динаміка цього показника виявила тенденцію до незначного зростання його в області.

Таблиця 1

Очікувана тривалість життя при народженні у Чернівецькій області (роки)

| Періоди в роках | Все населення | Жінки | Чоловіки |
|-----------------|---------------|-------|----------|
| 1999-2000 | 71,0 | 66,0 | 75,0 |
| (Україна) | 67,86 | | |
| 2003-2004 | 70,75 | 75,48 | 65,90 |
| (Україна) | 67,83 | | |
| 2007-2008 | 70,97 | 76,06 | 65,89 |
| 2011-2012 | 71,37 | 76,22 | 66,34 |
| 2013-2014 | 73,05 | 77,20 | 68,62 |

Загальна смертність населення підтвердила дещо нижчу інтенсивність вимирання населення (таб. 2).