

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

**КАФЕДРА СУСПІЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН
КАФЕДРА ДИТЯЧИХ ХВОРОБ**

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
ІV МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ ТА ДЕОНТОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ
СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ
(НЕМЕДИЧНІ ПРОБЛЕМИ В МЕДИЦИНІ)»**

23-24 лютого 2023 року

м. Запоріжжя

Редколегія:

Л. М. Боярська – завідувач кафедри дитячих хвороб ЗДМУ, кандидат медичних наук, професор;

І. Г. Утюж – завідувач кафедри суспільних дисциплін ЗДМУ, доктор філософських наук, професор;

Ю. В. Котлова – кандидат медичних наук, доцент кафедри дитячих хвороб ЗДМУ;

Д. П. Сенетий – доктор філософських наук, доцент кафедри суспільних дисциплін ЗДМУ;

Н. В. Спиця – кандидат філософських наук, доцент кафедри суспільних дисциплін ЗДМУ;

С. А. Козиряцька – кандидат наук із соціальних комунікацій, доцент кафедри суспільних дисциплін ЗДМУ.

С69

Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині) : зб. матеріалів IV Міжнародної науково-практичної конференції (23-24 лютого 2023 року). – Запоріжжя : ЗДМУ, 2023. – 207 с.

Автори матеріалів несуть повну відповідальність за достовірність наданої у доповідях інформації й точність наведених цитат. Точка зору автора не завжди може співпадати з позицією редколегії.

<i>Макарова О.А.</i>	РЕАНІМАЦІЯ ЯК ВИЩИЙ РІВЕНЬ ВЛАДИ НАД ЛЮДИНОЮ ЧЕРЕЗ ТІЛЕСНІСТЬ	101
<i>Масюк О.П.</i>	ЕТАПИ СТАНОВЛЕННЯ ПОСТЛЮДИНИ В ПРОЦЕСІ МОДЕРНІЗАЦІЇ ЛЮДСЬКОГО ПОТЕНЦІАЛУ В УКРАЇНІ ПІД ЧАС ВІЙНИ	102
<i>Поцулко О.А., Розумний Р.К.</i>	ГІЙОМ ЛЕ БЛАН: ПРОБЛЕМА НОРМИ «НОРМАЛЬНОЇ ЛЮДИНИ»	103
<i>Серіков К.В.</i>	ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОГНОЗУВАННЯ ЙМОВІРНОГО РЕЗУЛЬТАТУ ШЕМИЧНОГО МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ	105
<i>Ткачов В.С.</i>	ТЕХНОЛОГІЇ ЯК НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА ТІЛЕСНОСТІ ЛЮДИНИ	109
<i>Фідровська М.Г.</i>	ПРОБЛЕМА ТІЛЕСНОСТІ ТА ЗВ'ЯЗОК З ДУХОВНИМ. НОРМА І ПАТОЛОГІЯ	110
<i>Янковський С.В.</i>	ОБ'ЄКТИВАЦІЯ ТІЛЕСНОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ	111

СЕКЦІЯ 6.

ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ

<i>Рижов О.А.</i>	КОГНІТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ – КРОК ДО ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ	114
<i>Аветісова І.С., Гоцуляк О.С.</i>	ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРНОГО СПІЛКУВАННЯ ІНОЗЕМНОЮ МОВОЮ ПРИ ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ	115
<i>Веницька Г.В., Рябокони О.В., Фурик О.О.</i>	ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ ЗНАТЬ У ПРИЗМІ СУЧАСНОЇ МЕТОДИКИ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ»	117
<i>Волкова Г.К.</i>	ПРЕДМЕТНО-МОВНЕ ІНТЕГРОВАНЕ НАВЧАННЯ ІНОЗЕМНИХ МОВ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ І ВОЄННОГО СТАНУ	118
<i>Гейченко К.І.</i>	МОВНА ПІДГОТОВКА ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ У СУЧАСНИХ УМОВАХ	121
<i>Грищенко О.В.</i>	РОЛЬ МОВИ У ПРОФЕСІЙНІЙ ПІДГОТОВЦІ СУЧАСНОГО ЛІКАРЯ	121
<i>Гусарова А.В.</i>	СПЕЦИФІКА ОРГАНІЗАЦІЇ ПИСЬМОВОГО КОНТРОЛЮ ЗНАТЬ ТА НАВИЧОК З ПАТОЛОГІЧНОЇ АНАТОМІЇ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ	123
<i>Дубініна Я.П., Герасімчук Т.С., Шаменко В.О.</i>	КАР'ЄРНИЙ ДИЗАЙН ФАХІВЦЯ СОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ	125
<i>Заброда В.О., Тимошенко М.С.</i>	ВПЛИВ, ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ON-LINE І OFF-LINE ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ	130
<i>Звягіна Г.О., Потоцька О.І.</i>	СУПРОВІД ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ У ЗАКЛАДІ ВИЩОЇ ОСВІТИ В СКЛАДНИХ УМОВАХ	131
<i>Земляний Я.В., Земляна Н.А.</i>	ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ ПРИ ВИКЛАДАННІ НА КЛІНІЧНИХ КАФЕДРАХ	132
<i>Іванченко О.З., Мельнікова О.З.</i>	ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ ФОРМ ЗАВДАНЬ ОНЛАЙН-ПЛАТФОРМИ MICROSOFT TEAMS У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ	133

достовірність себе», визначаючи саме дотримання норми як гарантію свого душевно-тілесного здоров'я. «Нормальна людина» постійно відкидає тривогу з приводу патології, тоді як вона живе у світі, який лише певною мірою визначається нормою.

Отже, «нормальна людина» хвора на свою реакцію на норму, дія якої їй вже не здається обов'язковою та повсюдною, і сама ця невизнана хвороба, що витісняється, може, на думку ле Блана, відновити обіцянку і шанс винаходу норм у тому сенсі, що «нормальна людина», яка замкнена у нормованому зверненні стимулів і реакцій, у досвіді своєї вразливості, може усвідомити власну патологію, від якої марно прагнула звільнитися.

Список використаних джерел

1. G.le Blanc. Les maladies de l'homme normal. – Paris, Vrin, 2007. – 224 p.
2. Nadine Poussin.G.le Blanc. Les maladies de l'homme normal. Bègles: Passant // L'orientation scolaire et professionnelle. – 2009. – № 35/3. P. 1 – 3.

ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОГНОЗУВАННЯ ЙМОВІРНОГО РЕЗУЛЬТАТУ ІШЕМІЧНОГО МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ

Серіков Костянтин Вікторович

*к.мед.н., доцент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії,
Запорізький державний медичний університет*

Найбільш тяжкою формою судинних захворювань головного мозку є мозковий інсульт (МІ). Середня частота летального результату протягом перших 30 діб після МІ коливається в межах від 17 до 34% [1, с. 55]. В Україні щороку близько 100 тис. осіб хворіють на МІ, протягом року після перенесеного МІ 20-40% хворих стають залежними від сторонньої допомоги і лише 10% повертаються до повноцінного життя [2, с. 73].

Анотація

Мета роботи. Покращення результатів лікування хворих із ішемічним мозковим інсультом (ІМІ) в найгострішому періоді захворювання, шляхом персоналізації інтенсивної терапії (ІТ) відповідно виразності порушень показників енергоструктурного статусу (ЕССТ).

Матеріали та методи. В клінічне дослідження увійшли 328 хворих із ІМІ (середній вік $71,26 \pm 0,44$ років), які перебували в палатах ІТ неврологічного відділення в найгострішому періоді захворювання. Чоловіків було 147 (середній вік $69,80 \pm 0,66$ років), жінок 181 (середній вік $72,45 \pm 0,58$ років).

Результати. Дослідження виявило основні параметри показників ЕССТ, які характеризують стабілізацію загального стану хворих в найгострішому періоді ІМІ, таких як Серцевий індекс в межах $2,99-3,79 \text{ л} \times \text{хв}^{-1} \times \text{м}^{-2}$, Споживання кисню на рівні $130-160 \text{ мл} \times \text{хв}^{-1} \times \text{м}^{-2}$ та Основний обмін в діапазоні $916-1134 \text{ ккал} \times \text{доба}^{-1} \times \text{м}^{-2}$.

Висновок. Виходячи із деонтологічних аспектів, лікар анестезіолог який працює із інсультними пацієнтами, повинен працювати із шкалами тяжкості стану хворих але не має моральних прав використовувати в своїй діяльності прогностичні моделі, які передбачають летальний результат, тому що це нівелює рівень професійної компетентності та передумови для повноцінного лікування хворих із ІМІ.

Ключові слова: деонтологічні аспекти, професійна компетентність, ішемічний мозковий інсульт, персоналізована інтенсивна терапія, енергоструктурний статус.

Abstract.

Purpose of the study. Improving the results of treatment of patients with ischemic cerebral stroke (ICS) in the most acute period of the disease, by personalizing intensive therapy (IT) in accordance with the severity of violations of indicators of energy-structural status (ESST).

Materials and methods. The clinical study included 328 patients with ICS (mean age $71,26 \pm 0,44$ years), who were in the IT unit of the neurology department in the most acute period of the disease. There were 147 men (mean age $69,80 \pm 0,66$ years), women 181 (mean age $72,45 \pm 0,58$ years).

Results. The study revealed the main parameters of ECST indicators, which characterize the stabilization of the general condition of patients in the most acute period of ICS, such as the Cardiac index in the range of $2,99-3,79 \text{ L} \times \text{min}^{-1} \times \text{m}^{-2}$, Oxygen consumption at levels of $130-160 \text{ ml} \times \text{min}^{-1} \times \text{m}^{-2}$ and Basic metabolism in the range of $916-1134 \text{ kcal} \times \text{day}^{-1} \times \text{m}^{-2}$.

Conclusion. Based on deontological aspects, an anesthesiologist who works with stroke patients must work with scales of the severity of the patients' condition, but has no moral rights to use prognostic models that predict a fatal outcome in his work, because this lowers the level of professional competence and prerequisites for the full treatment of patients with ICS

Keywords: deontological aspects, professional competence, ischemic cerebral stroke, personalized intensive therapy, energy-structural status.

Для ефективного лікування ішемічного мозкового інсульту (ІМІ) необхідно швидке та точне встановлення діагнозу, оцінка тяжкості стану хворого та прогнозування ймовірного результату захворювання [3, с. 102]. Результат лікування ІМІ залежить від його етіології, локалізації, розмірів вогнища ураження головного мозку, стану церебральної гемодинаміки, віку хворого, термінів початку інтенсивної терапії (ІТ), наявності супутніх захворювань та багатьох інших факторів [4, с. 109].

Найбільш простим та доступним засобом для оцінки стану хворого та прогнозування результату ймовірного результату ІМІ є прогностичні моделі та шкали, при розробці яких вирішуються такі завдання: вибір найбільш значимих параметрів оцінки стану пацієнта та об'єднання цих параметрів в єдину модель, яка має достатню прогностичну здатність [5, с. 209].

За останнє десятиліття було розроблено декілька діагностичних шкал та прогностичних моделей, що передбачають результат ІМІ. Багато дослідників пропонують орієнтуватися на ті чи інші нові біомаркери для діагностики ІМІ та прогнозування його результату.

Прогностичними моделями, якими найбільш часто користуються в практиці для прогнозування ймовірного результату ІМІ є: шкала ком Глазго (Glasgow Coma Scale – GCS), шкала тяжкості інсульту Національного інституту здоров'я Сполучених Штатів Америки (National Institutes of Health Stroke Scale – NIHSS) та шкала прогнозування ранньої смертності від гострого ішемічного інсульту (Predicting Early Mortality of Acute Ischemic Stroke – PREMISE Score).

Кореляція між показниками шкали ком Глазго та летальністю у критичних хворих які перебувають в коматозному стані високо достовірна. При значеннях від 3 до 8 балів – летальність складає 60%, при результатах від 9 до 12 балів – спостерігається летальність до 2%, а в діапазоні від 13 до 15 балів летальність становить близько 0% [6, с. 146].

В Україні, згідно Наказу МОЗ України № 602 від 03.08.2012 р., діє уніфікований клінічний протокол медичної допомоги “Ішемічний інсульт (екстрена, первинна, вторинна [спеціалізована] медична допомога, медична реабілітація)”, згідно із яким інтерпретація тяжкості ІМІ за шкалою NIHSS при сумарній оцінці результатів в 1-5 балів відповідає легкому ІМІ; при 6-13 балів – ІМІ середньої тяжкості; при 14-20 балів тяжкому ІМІ; понад 21 балів – дуже тяжкому ІМІ [7, с. 23-53].

Також результати оцінки за шкалою NIHSS дозволяють орієнтовно прогнозувати результат захворювання. Так, при оцінці менш ніж 10 балів вірогідність сприятливого результату через рік складає 60-70 %, а при оцінці більш ніж 20 балів – 4-16 % [8, с. 60].

Шкала PREMISE дозволяє розширити можливості оцінки ризику ранньої смерті від ІМІ на основі показників стану пацієнтів спеціалізованих відділень у перші кілька днів після перенесеного ІМІ. Метою застосування нової методики є розподілення хворих на блоки, які відрізнялися інтенсивністю моніторингу стану пацієнтів відповідно до ризику летального результату. Такий поділ на блоки стає все більш поширеним у клінічній практиці, проте кількість ліжок-місць у них поки що обмежена.

Шкала PREMISE складається із ключових перемінних, пов'язаних із ранньою смертністю після ІМІ: вік, тяжкість ІМІ за NIHSS, вираженість функціональних порушень до ІМІ за модифікованою шкалою Ренкіна (> 0 балів), попередні захворювання серцево-судинної системи, цукровий діабет, ІМІ у вертебро-базиллярному басейні, нелакунарний ІМІ.

За даними [9, с. 349] пацієнти із оцінкою більш ніж 10 балів за шкалою PREMISE мають 35% ризик смерті протягом перших діб перебування в інсультному відділенні. В іншому дослідженні [10, с. 1806] смертність від ІМІ збільшується при підвищенні показників за шкалою PREMISE від 0,1% у пацієнтів з оцінкою від 0 до 4 балів, до 28,2% у пацієнтів із оцінкою більш ніж 10 балів. Ризик смерті від ІМІ вище майже у 6 разів у пацієнтів із оцінкою PREMISE > 10 балів порівняно з пацієнтами від 0 до 4 балами

Метою роботи стало покращення результатів лікування хворих із ІМІ в найгострішому періоді захворювання, шляхом персоніфікації ІТ відповідно виразності порушень показників енергоструктурного статусу (ЕССТ).

В клінічне дослідження увійшли 328 хворих із ІМІ (середній вік 71,26±0,44 років), які перебували в палатах інтенсивної терапії неврологічного відділення в найгострішому та гострому періодах захворювання. Чоловіків було 147 (середній вік 69,80±0,66 років), жінок 181 (середній вік 72,45±0,58 років).

Під час дослідження використовували наступну клініко-патогенетичну періодизацію ІМІ [11, с.16]: із 1-шої по 3-тю добу – найгостріший період; до 21-шої доби – гострий період;

до 6 місяців – ранній відновний період; до 2-х років – пізній відновний період; після 2-х років – період залишкових явищ.

Діагноз встановлювався відповідно до існуючих критеріїв клініко-неврологічного обстеження та методів нейровізуалізації.

Показники центральної гемодинаміки вимірювали використовуючи реографічний комп'ютерний комплекс "RHEOTEST" ("DX-системи", Україна), за допомогою якого визначали ударний об'єм крові (мл), хвилинний об'єм крові ($л \times хв^{-1}$), серцевий індекс ($л \times хв^{-1} \times м^{-2}$).

Параметри газового складу крові визначали за допомогою автоматичного аналізатору газів крові та електролітів "OPTI CCA" (OPTI Medical Systems, Inc., USA) або загальноприйнятими розрахунками.

Основний обмін визначали за загальноприйнятими формулами [12, с.60].

Відповідно до вихідного рівня енергоструктурного статусу (ЕССТ) всі пацієнти із ІМІ були розподілені на 7 груп: еубіотичний стан, гіпоергічна дисфункція, гіпоергічне пошкодження, гіпоергічна недостатність, гіперергічна дисфункція, гіперергічне пошкодження, гіперергічна недостатність.

Пацієнтам із ІМІ застосовували традиційну стандартну ІТ [7, с. 23-53; 13, с.46-47], яку доповнювали технологіями персоналізованої ІТ, відповідно до інтенсивності відновлення ЕССТ: гомеостаз-забезпечення при еубіотичному стані, енерго-протекція при гіпоергічній дисфункції, енерго-ресуситація при гіпоергічному пошкодженні, енерго-корекція при гіпоергічній недостатності, статус-протекція при гіперергічній дисфункції, статус-ресуситація при гіперергічному пошкодженні, статус-корекція при гіперергічній недостатності.

Категорії енергоструктурного статусу та технології персоналізованої інтенсивної терапії наведені в таблиці 1.

Таблиця 1. Категорії енергоструктурного статусу та технології персоналізованої інтенсивної терапії

Категорії енергоструктурного статусу	CI^1 , $л \times хв^{-1} \times м^{-2}$	VO_2^2 , $мл \times хв^{-1} \times м^{-2}$	OO^3 , $ккал \times доба^{-1} \times м^{-2}$	Технології персоналізованої ІТ
Недостатність гіперергічна	$\geq 5,10$	≥ 211	≥ 1489	Статус-корекція
Пошкодження гіперергічне	5,09-4,45-	210-186	1488-1312	Статус-ресуситація
Дисфункція гіперергічна	4,44-3,80	185-161	1311-1135	Статус-протекція
Еубіотичний стан	3,79-2,99	160-130	1134-916	Гомеостаз-забезпечення
Дисфункція гіпоергічна	2,98-2,34	129-105	915-739	Енерго-протекція
Пошкодження гіпоергічне	2,33-1,82	104-85	738-598	Енерго-ресуситація
Недостатність гіпоергічна	$\leq 1,81$	≤ 84	≤ 597	Енерго-корекція

Примітки: CI^1 – серцевий індекс ($л \times хв^{-1} \times м^{-2}$), VO_2^2 – споживання кисню ($мл \times хв^{-1} \times м^{-2}$), OO^3 – основний обмін ($ккал \times доба^{-1} \times м^{-2}$).

Загальноклінічне обстеження і стандартна ІТ надавалися згідно наказу Міністерства охорони здоров'я України № 602 від 03.08.2012 "Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги ішемічний інсульт (екстрена, первинна, вторинна медична допомога, медична реабілітація)" [7, с. 23-53; 13, с.46-47] із урахуванням рекомендацій Американської асоціації серця / Американської асоціації інсульту 2018р. [14, с. 46-110].

Основними компонентами традиційної стандартної ІТ вважали підтримання екстрацеребрального і інтрацеребрального гомеостазу:

Підтримання екстрацеребрального гомеостазу: контроль вітальних функцій; забезпечення адекватного газообміну; корекція показників центральної гемодинаміки; корекція гіпертермії; антибактеріальна терапія; підтримка нормоглікемії; інфузійна терапія; зондове ентеральне харчування (за показаннями).

Підтримання інтрацеребрального гомеостазу: антиагрегантна терапія; антикоагулянтна терапія; профілактика або терапія набряку головного мозку; гіпотермія; нейропротекція.

Дослідження виявило основні параметри показників ЕССТ, які характеризують стабілізацію загального стану хворих в найгострішому періоді ІМІ, таких як СІ в межах 2,99-3,79 л×хв⁻¹×м⁻², VO₂ на рівні 130-160 мл×хв⁻¹×м⁻² та ОО в діапазоні 916-1134 ккал×доба⁻¹×м⁻².

Досягнення енергоструктурних потреб організму у хворих із ІМІ під час застосування методів персоналізованої ІТ запобігає подальшому розвитку порушень життєдіяльності.

Висновки

1. Дослідження виявило основні параметри показників ЕССТ, які характеризують стабілізацію загального стану хворих в найгострішому періоді ІМІ, таких як СІ в межах 2,99-3,79 л×хв⁻¹×м⁻², VO₂ на рівні 130-160 мл×хв⁻¹×м⁻² та ОО в діапазоні 916-1134 ккал×доба⁻¹×м⁻².

2. Параметри показників ЕССТ доцільно використовувати із метою застосування технологій персоналізованої ІТ, відповідно до інтенсивності відновлення ЕССТ: гомеостаз-забезпечення при еубіотичному стані, енерго-протекція при гіпоергічній дисфункції, енерго-ресуситація при гіпоергічному пошкодженні, енерго-корекція при гіпоергічній недостатності, статус-протекція при гіперергічній дисфункції, статус-ресуситація при гіперергічному пошкодженні, статус-корекція при гіперергічній недостатності.

3. Виходячи із деонтологічних аспектів, лікар анестезіолог який працює із інсультними пацієнтами, повинен працювати із шкалами тяжкості стану хворих але не має моральних прав використовувати в своїй діяльності прогностичні моделі, які передбачають летальний результат, тому що це нівелює рівень професійної компетентності та передумови для повноцінного лікування хворих із ІМІ.

Список використаних джерел

1. Кадырова И.А., Миндубаева Ф.А., Гржибовский А.М. Систематический обзор методов прогнозирования исхода мозгового инсульта / И.А. Кадырова, Ф.А. Миндубаева, А.М. Гржибовский // Экология человека. – 2015. – № 10. – С. 55-64.

2. Сайко О.В. Аналіз смертності від мозкових інсультів в ангіоневрологічному відділенні Військово-медичного клінічного центру Західного регіону з 2013 по 2017 рік / О.В.Сайко // Медицина невідкладних станів. – 2018. – № 8 (95). – С. 73-76.

3. Мельниченко М.Г., Елій Л.Б. Возможности оценки stanu пациента / М.Г. Мельниченко, Л.Б. Елій // Хирургия дитячого віку. – 2017. – № 2 (55). – С. 102-108.

4. Дарий В.И., Мищенко Т.С., Сериков К.В. Интегративный мониторинг интрацеребрально осложненного ишемического инсульта / В.И. Дарий, Т.С. Мищенко, К.В. Сериков // Georgian Medical News. – 2019. – № 4 (289). – С. 108-113.

5. Seliverstov P.A., Shapkin Y.G. Assessment of severity and prognosis of polytrauma outcome: the current state of the problem (review) / P.A. Seliverstov, Y.G. Shapkin // Sovremennye tehnologii v medicine. – 2017. – Vol. 9 (2). – P. 207-218.

6. Думанский Ю.В., Кабанова Н.В., Верхулецкий И.Е., Синепупов Н.А., Осипов А.Г., Синепупов Д.Н. Коматозные состояния / Ю.В. Думанский, Н.В. Кабанова, И.Е. Верхулецкий // Медицина невідкладних станів. – 2012. – № 4 (43). – С. 146-150.

7. Наказ МОЗ України від 03.08.2012 № 602 “Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги ішемічний інсульт (екстрена, первинна, вторинна медична допомога, медична реабілітація)”// Практична ангіологія. – 2013. – № 1. – С. 23-53.

8. Зозуля І.С., Мардзвік В.М., Мардзвік М.В. Судинні неврологічні ускладнення у пацієнтів з COVID-19 / І.С. Зозуля, В.М. Мардзвік, М.В. Мардзвік // Український медичний часопис. – 2021. – № 2 (142) – III/IV. – С. 59-63.

9. Gattringer T., Posekany A., Niederkorn K., Knoflach M., Poltrum B., Mutzenbach S., Haring H.P., Ferrari J., Lang W., Willeit J., Kiechl S., Enzinger C., Fazekas F., Austrian Stroke Unit Registry Collaborators. Predicting Early Mortality of Acute Ischemic Stroke / T. Gattringer, A. Posekany, K. Niederkorn // Stroke. – 2019. – № 50 (2). P. 349-356.

10. Ntaios G., Georgiopoulos G., Koroboki E., Vemmos K. External Validation of the PREMISE Score in the Athens Stroke Registry / G. Ntaios, G. Georgiopoulos, E. Koroboki // J Stroke Cerebrovasc Dis. – 2019. – № 28 (7). – P. 1806-1809.

11. Зозуля І.С., Боброва В.І. Інтенсивна терапія гострого мозкового інсульту в умовах спеціалізованого відділення / І.С. Зозуля, В.І. Боброва // Гострі та невідкладні стани у практиці лікаря. – 2006. – № 2 (2). – С. 14-20.

12. Смирнова Л.М. Нутритивная поддержка и выбор ее тактики у пациентов с осложненной и отягощенной операционной травмой / Л.М. Смирнова // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. – 2014. – № 4. – С. 58-66.

13. Гарга А.Й., Дубров С.О., Гавриленко О.О. Лікування гострого порушення мозкового кровообігу у відділенні інтенсивної терапії (Огляд клінічних рекомендацій та настанов) / А.Й. Гарга, С.О. Дубров, О.О. Гавриленко // Біль, знеболення та інтенсивна терапія. – 2019. – № 1 (86). – С. 37-52.

14. Powers W.J., Rabinstein A.A., Ackerson T., Adeoye O.M., Bambakidis N.C., Becker K. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association / W.J. Powers, A.A. Rabinstein, T. Ackerson // Stroke. – 2018. – № 49 (3). – P. 46-110.

ТЕХНОЛОГІЇ ЯК НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА ТІЛЕСНОСТІ ЛЮДИНИ

*Ткачов Владислав Сергійович,
аспірант кафедри факультетської хірургії,
науковий керівник: Утюж Ірина Геннадіївна,
професор, д. філос.н., завідувач кафедри суспільних дисциплін,
Запорізький державний медичний університет*

Удосконалення, посилення або аугментація – це імпульс, глибоко вкорінений у людській психіці та такий же давній, як і людська еволюція. Людина завжди шукала шляхи й засоби, щоб вилікувати свої недоліки і підвищити свої фізичні якості та розумові здібності. Ідея вдосконалення людини з раціонально-прагматичної точки зору є ядром базової концепції, сукупність ідей якої зазвичай називають трансгуманізмом. Прихильники цієї школи мислення відрізняються тим, що дотримуються нормативного імперативу прагнення подальшої аугментації людини до точки, коли людство бере контроль над своєю еволюцією і в певному сенсі переходить на її наступний етап: постлюдське існування.

Збільшення і розширення можливостей людського тіла і розуму за допомогою біотехнологій, протезів або кіберімплантів сприяє виходу людей за біологічні рамки, встановлені еволюцією. Це удосконалення, як і будь-яке інше, також має свою ціну. За Декартом, наші тіла не є лише інструментом отримання інформації для абстрактного спостерігача, а призмою пізнання світу, нерозривно пов'язаною зі свідомістю: "...я не просто присутній у своєму тілі, як моряк присутній на кораблі, але я дуже тісно з'єднаний і, так би мовити, змішаний з ним, так що я і моє тіло утворюють єдине ціле. Якби це було не так, я, який є не що інше, як мисляча істота, не відчував би болю, коли тіло постраждало, а сприймав би пошкодження виключно інтелектом, подібно до того, як моряк бачить, що його корабель розбитий."(René Descartes, Meditations on First Philosophy, §VI, AT 81). Володіння тілом є ключовим компонентом людського втілення, що розуміється як субособистісне, передрефлексивне відчуття себе, яке відчуває індивід по відношенню до фізичного чи матеріально-реального виміру власного тіла. Аугментація людського тіла може становити та/або породжувати трансформаційний досвід, тобто самою по собі бути переживанням, яке істотно змінює розуміння того, ким ми є і як ми розуміємо світ. З одного боку, цей досвід може бути епістемічно трансформуючим, оскільки ми можемо навчитися чогось лише через цей досвід, без якого це бачення було б нам недосяжне, і, таким чином, змінити здатність оцінювати події та перспективу нашого сприйняття світу. З іншого боку, цей досвід може бути особистісно трансформуючим, тобто змінити точку зору і, як наслідок, особисті уподобання людини, і, можливо, навіть змінити людину, якою вона є або якою вона себе принаймні вважає.

Змінюючи своє тіло, замінюючи його функціональні частини протезами і імплантами із більшим спектром можливостей і асоціюючи себе більше з розумом, а не тілом, людина жертвує притаманними їй фемінністю або маскулітністю, і, певною мірою, здібністю до емпатії. Чим далі індивід переживає досвід, що виходить за межі людської природи, досвід, що ставить під загрозу здатність трансформованого індивіда розуміти життя в нормальному людському соціумі, тим менше він здатен до взаємодії із іншими членами суспільства, роблячи його менш значущим для них. Це стимулює пошук нових засобів соціалізації і передбачає появу нової культурної ідентичності, яка досліджує нові способи досвіду та вираження людського роду. Ця нова культурна ідентичність подолає бар'єри раси, касты, класу та статі, підлаштовуючись під змінене сприйняття людиною себе та світу навколо себе.

За Стіглером, людство скоріше є винаходом технології, а не навпаки, і люди існують, реалізуючи себе технологічно. Ми не були б такими «людськими» істотами, якими ми є, якби не використовували технології, якими ми користуємося, і це виходить далеко за межі фізичної взаємодії, яку ми маємо з технологіями. Взаємодії і зв'язки між технічними засобами і людиною набувають фізичного втілення і давно вже перетнули межу, коли техніка була лише посередником