МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ
МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА СУСПІЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН
КАФЕДРА ДИТЯЧИХ ХВОРОБ

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

V МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

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

28-29 ЛЮТОГО 2024 РОКУ

м. Запоріжжя

УДК 614.253
С69

Редколегія:

Л.М. Боярська – завідувач кафедри дитячих хвороб ЗДМФУ, кандидат медичних наук, професор;
І.Г. Утюж – завідувач кафедри суспільних дисциплін ЗДМФУ, доктор філософських наук, професор;
Ю.В. Котлова – кандидат медичних наук, доцент кафедри дитячих хвороб ЗДМФУ;
Д.П. Сепетий – доктор філософських наук, доцент кафедри суспільних дисциплін ЗДМФУ;
Н.В. Спиця – кандидат філософських наук, доцент кафедри суспільних дисциплін ЗДМФУ;
Ю.О. Іріоглу – кандидат історичних наук, доцент кафедри суспільних дисциплін ЗДМФУ.

С-69 Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині): зб. матеріалів V Міжнародної науково-практичної конференції (28-29 лютого 2024 року). – Запоріжжя: ЗДМФУ, 2024. – 312 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.

© Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, 2024

Добридень О.В., Колдунов Я.В.
ДУХОВНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ЯК ФУНДАМЕНТАЛЬНА КОМПОНЕНТА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧОЇ КУЛЬТУРИ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ…… 45

Дружкін М.В.
ПЕРЕТИН МЕЖ: ЕТИЧНІ ТА СОЦІАЛЬНІ РАМКИ КІБОРГІЗАЦІЇ ТА ГЕНЕТИЧНОГО ДИЗАЙНУ В СУЧАСНОМУ СВІТІ ТА УКРАЇНІ…… 46

Іванькова Н.А.
ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ ЯК НОВА ПАРАДИГМА ОСВІТИ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ……. 47

Коваленко В.А.
СУЧАСНІ МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ: МІЖ ПРОГРЕСОМ І ЕТИКОЮ……. 48

Лісунов М.С.
ТРАНСГУМАНІЗМ ТА БІОЕТИКА – СОЦІОКУЛЬТУРНІ ПОГЛЯДИ НА ВДОСКОНАЛЕННЯ ЛЮДИНИ……. 49

Лісунова Т.О.
ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В РАМКАХ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ МЕТОДОЛОГІЇ……... 51

Моргунцов В.О.
ТРАНСГУМАНІЗМ ТА МОРАЛЬНЕ УДОСКОНАЛЕННЯ: ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ТА ВИКЛИКИ……. 53

Недельська С.М., Лямцева О.В.
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО СТАНУ ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ: ПОГЛЯД ДИТЯЧОГО АЛЕРГОЛОГА З ФІЛОСОФСЬКОЇ ПЕРСПЕКТИВИ…….. 54

Олексенко Р.І.
СТАНОВЛЕННЯ І РОЗВИТОК ФІЛОСОФІЇ ЦИФРОВОЇ МЕДИЦИНИ У КОНТЕКСТІ НОВИХ ВИКЛИКІВ І МОЖЛИВОСТЕЙ…….. 55

Поцулко О.А., Чабаненко М.Ю.
ПРОРИВ У МАЙБУТНЄ МЕДИЦИНИ ЧЕРЕЗ… ПИТАННЯ ФІЛОСОФІЇ ……. 57

Поцулко О.А., Опанасевич Т.С.
АПРІОРНІ ОСНОВИ АПОСТЕРІОРНИХ НАУК (НА ПРИКЛАДІ БІОЛОГІЇ, МЕДИЦИНИ ТА ЕКОНОМІКИ) …… 62

Поцулко О.А.
МЕДИЦИНА 4П ЯК ФЕНОМЕН НАДІЇ …….. 61

Рижов О.А.
ІНТЕГРАЦІЯ ДОСВІДУ ЛІКАРЯ З СИСТЕМОЮ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ – ШЛЯХ ДО ФОРМУВАННЯ СУЧАСНОГО БРЕНДУ УНІВЕРСИТЕТУ…….. 63

Серіков К.В.
ЕТИЧНІ ТА ПРАВОВІ АСПЕКТИ СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАНІМАЦІЇ…….. 65

Спиця Н.В., Гула І. Д.
МЕДИЧНА АНТРОПОЛОГІЯ ЯК ОБОВ'ЯЗКОВА УМОВА ПОВНОЦІННОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНИХ РЕАЛІЯХ……. 68

Утюж І.Г., Робота Д.В.
ФІЛОСОФСЬКІ ПРОБЛЕМИ ЛАБОРАТОРНОЇ МЕДИЦИНИ…….. 69

Шубін В.О
СОВІСТЬ, ЯК ОСНОВА ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ……. 71

СЕКЦІЯ 2. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ БІОЕТИКИ

Томаревська О.С., Елланська Н.Г., Бондаренко О.М., Чивільова Л.М., Поляков О.А.
ІНКЛЮЗІЯ ЯК ПЕРСПЕКТИВА ГЕРОНТОЛОГІЧНОЇ ІНТЕГРАТИВНОСТІ СУСПІЛЬСТВА ПІД ЧАС ВІЙСЬКОВОГО ТА ПІСЛЯВОЄННОГО ВІДБУДОВУВАННЯ КРАЇНИ……. 72

дозволити науковцям генерувати математичні моделі процесів організму людини на різних системних рівнях організації, починаючи від генетичного до соціального. Провідним фахівцям клінічних кафедр така система дозволить, спираючись на існуючи та розроблені математичні моделі систем організму, формалізувати та інтегрувати свій клінічний досвід до бази знань штучного інтелекту. Нами було розроблено концептуальну модель системи інтеграції досвіду лікаря з системою штучного інтелекту з метою формування системи медичного штучного інтелекту (МШІ). Широке використання МШІ студентами та слухачами системи післядипломної освіти, а також лікарями-випускниками ЗДМФУ, дозволить формувати сучасний бренд університету.

Висновок. Організація наукових досліджень та формування цифрового клінічного архіву на принципах Open Science as-a-Service з метою інтеграції наукового та клінічного досвіду фахівців університету надає можливість перейти до наступного кроку.

Формування інтелектуальної системи інтерактивного навчання з використанням стимуляційних технологій віртуального пацієнта та STEM – освіти дозволить підготувати лікаря нової формації, який здатний виконувати фахові завдання у ноосуспільстві.

Взаємодія лікаря з інтелектуальною системою діагностики та лікування університету на базі технологій телемедицини дозволить йому користуватись інтегрованим досвідом наукових шкіл та ведучих клініцистів університетської клініки та спільноти фахівців.

Можливість взаємодіяти з концептосферою медичної еліти ЗДМФУ на етапі додипломного навчання, системи безперервного навчання протягом життя, отримуючи підтримку інтелектуальної системи діагностики та лікування університету на базі штучного інтелекту, наддасть можливість сформувати потужний сталий бренд нашого університету в Україні майбутнього.

Список використаних джерел

1. Wang, X., Gong, Z., Wang, G., Jia, J., Xu, Y., Zhao, J., Fan, Q., Wu, S., Hu, W., & Li, X. (2023). ChatGPT Performs on the Chinese National Medical Licensing Examination. *Journal of medical systems*, *47*(1), 86. https://doi.org/10.1007/s10916-023-01961-0

2. Gilson, A., Safranek, C. W., Huang, T., Socrates, V., Chi, L., Taylor, R. A., & Chartash, D. (2023). How Does ChatGPT Perform on the United States Medical Licensing Examination (USMLE)? The Implications of Large Language Models for Medical Education and Knowledge Assessment. *JMIR medical education*, *9*, e45312. https://doi.org/10.2196/45312

3. Tu, T., Palepu, A., Schaekermann, M., Saab, K., Freyberg, J., Tanno, R., Wang, A., Li, B., Amin, M., Tomašev, N., Azizi, S., Singhal, K., Cheng, Y., Hou, L., Webson, A., Kulkarni, K., Mahdavi, S.S., Semturs, C., Gottweis, J., Barral, J., Chou, K., Corrado, G.S., Matias, Y., Karthikesalingam, A., & Natarajan, V. (2024). Towards Conversational Diagnostic AI. *ArXiv, abs/2401.05654*.

ЕТИЧНІ ТА ПРАВОВІ АСПЕКТИ СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАНІМАЦІЇ

Серіков Костянтин Вікторович
доцент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

В медичній практиці ніщо інше не викликає у лікарів стільки емоційного сум'яття, як вигляд хворого, який вмирає. Раніше смерть вважалася природним фіналом тяжкої хвороби, проте на теперішній час лікарі прагнуть передбачити момент виникнення та прогресування термінальних станів, застосовуючи для цього безліч неінвазивних та інвазивних методів [1].

У випадках зупинки кровообігу у хворого лікар повинен негайно приступити до проведення серцево-легеневої реанімації (СЛР) керуючись правовими, а не етичними аспектами реанімації [2].

СЛР розпочинається **у всіх пацієнтів із відсутнім диханням та пульсом** згідно наказу Міністерства охорони здоров'я України №1269 "Екстрена медична допомога: Догоспітальний етап. Новий клінічний протокол" від 05.06.2019 р.

Згідно цього наказу **СЛР може не проводитися** в наступних випадках:

1. Хвороби, травми або стани, які чітко вказують на біологічну смерть (безповоротна смерть мозку):

а) декапітація– повне відділення голови від тулуба;

б) ознаки розкладання або гниття – шкіра роздута або розірвана, з наявним або відсутнім розривом м'яких тканин. Наявність однієї з ознак, що вказує на настання смерті мінімум протягом останніх 24 годин;

в) транссекція тулубу – тіло повністю розрізано нижче рівня плечей та вище стегон вздовж усіх важливих органів та судин, при цьому хребет може бути або не бути розчленованим;

г) опіки – 90% поверхні тіла з глибокими опіками, повною відсутністю волосся та обвугленою шкірою;

ґ) несумісні з життям травми (масивна тупа травма, повне знекровлення тіла, пошкодження речовини головного мозку);

д) марні та неетичні спроби, за визначенням агентства поліції / протоколом, пов'язані з "переконливими причинами" для відмови від реанімації;

е) якщо при тупій або проникаючій травмі пацієнт не дихає, пульс відсутній, а також відсутні інші ознаки життя (спонтанні рухи), (відсутня електрокардіологічна активність або реакція зіниць та інші) на момент прибуття бригади екстреної медичної допомоги;

є) нетравматична зупинка серця з очевидними ознаками смерті, включно з характерним кольором шкіри або трупним закляканням.

2. Дійсне розпорядження про відмову від реанімації "НЕ РЕАНІМУВАТИ" (форма, картка, браслет), якщо воно:

а) відповідає державним вимогам щодо кольору і дизайну;

б) непошкоджене: не було вирізане, не зламане або не має ознак відновлення;

в) відображається ім'я пацієнта та ім'я лікаря.

Слід зазначити, що діючих наказів МОЗ України стосовно проведення СЛР в лікарняних умовах не існує.

У деяких ситуаціях професійний обов'язок лікаря спрямований врятувати життя хворому входить у конфлікт із розумінням неефективності заходів, що здійснюються, а саме випадки, коли заздалегідь відомо, що СЛР у даного хворого є абсолютно безперспективна:

1. Настання смерті внаслідок тривалого виснажливого захворювання, коли у хворого були використані всі сучасні методи лікування і смерть не є раптовою (у даному випадку проведення реанімації буде не продовженням життя, а лише продовженням процесу вмирання);

2. Настання смерті у хворих з інкурабельними захворюваннями (онкологічна патологія у термінальній стадії, травми несумісні із життям, термінальні стадії у хворих із мозковими інсультами).

В Японській системі охорони здоров'я персоналу служби невідкладної медичної допомоги заборонено припиняти СЛР в умовах догоспітального етапу, що обумовлює необхідність транспортувати майже всіх пацієнтів із зупинкою кровообігу до лікарень.

Згідно рекомендаціям [3] (**рекомендаціям!**) персонал служби невідкладної медичної допомоги в умовах догоспітального етапу може розглянути можливість припинення СЛР, якщо пацієнти із зупинкою кровообігу відповідають усім п'яти критеріям:

1. Початкова асистолія;

2. Зупинка дихання без присутності стороннього;

3. Вік ≥ 81 року;

4. Відсутність проведення СЛР з боку свідка або використання автоматичного зовнішнього дефібрилятора до прибуття персоналу служби невідкладної медичної допомоги;

5. Відсутність відновлення спонтанного кровообігу після проведення СЛР, ініційованої службою невідкладної медичної допомоги протягом 14 хвилин.

Також згідно рекомендаціям [4] (**рекомендаціям!**) в системі охорони здоров'я Японії лікарі відділень невідкладної медичної допомоги можуть розглянути можливість припинення СЛР, якщо пацієнти із зупинкою кровообігу відповідають усім чотирьом критеріям:

1. Початкова асистолія;

2. Зупинка дихання без присутності стороннього;

3. Відсутність відновлення спонтанного кровообігу після проведення СЛР у відділенні невідкладної медичної допомоги тривалістю > 20 хвилин;

4. Відсутність догоспітального відновлення спонтанного кровообігу.

Згідно рекомендаціям Європейської ради із реанімації 2021 року (European Resuscitation Council – ERC' 2021) тривалість реанімаційних заходів необхідно проводити так довго, як довго зберігається на електрокардіограмі фібриляція шлуночків, оскільки при цьому забезпечується мінімальний метаболізм у міокарді, що надає потенційну можливість відновлення самостійного кровообігу.

У разі зупинки кровообігу за механізмом електричної активності без пульсу / асистолії за відсутності потенційно оборотної причини (алгоритм "чотири Г - чотири Т") СЛР проводять протягом 30 хвилин, при її неефективності – припиняють.

Потенційно оборотної причини “чотири “Г”: гіпоксія; гіповолемія; гіперкаліємія / гіпокаліємія, метаболічні порушення; гіпертермія / гіпотермія.

Потенційно оборотної причини “чотири “Т”: tension (напружений) пневмоторакс; тампонада серця; тромбоз (коронарний або легеневий); токсичне передозування.

Раніше рекомендувалося проведення СЛР понад 30 хвилин лише у випадках загального переохолодження, втоплення в крижаній воді та передозування лікарських препаратів. Проте останніми роками з’явилося безліч повідомлень про успіх СЛР із добрими неврологічними наслідками в разі пролонгації реанімаційних заходів понад 30 хвилин, що стало можливо завдяки використанню механічних пристроїв для компресії грудної клітки [1, 2, 5].

У зв’язку з цим в рекомендації ERC’2021 були внесені зміни. Так, якщо причиною зупинки кровообігу є тромбоемболія легеневої артерії і в процесі СЛР був проведений тромболізис, то реанімаційні заходи необхідно проводити протягом 60-90 хвилин з моменту введення тромболітичних препаратів [1].

Коматозний стан хворого в післяреанімаційному періоді протягом 48 годин і більше є предиктором поганого неврологічного результату. Якщо через 72 години після зупинки кровообігу неврологічний дефіцит становить 5 балів за шкалою коми Глазго, відсутня рухова реакція у відповідь на больове подразнення або зіничний рефлекс, то ці ознаки є предиктором розвитку вегетативного стану, який персистує [6].

ВИСНОВКИ

1. У разі зупинки кровообігу у хворого та за відсутності дійсного розпорядження про відмову від реанімації “НЕ РЕАНІМУВАТИ”, лікар повинен негайно розпочати СЛР.

2. Медичний персонал не повинен утримуватись від проведення СЛР внаслідок віку пацієнта, вартості лікування та догляду, наявності у хворого розумової чи фізичної неповноцінності або через особливі обставини події.

3. Відновлення серцевої діяльності та дихання може бути етично невиправданим у разі незворотного згасання серцевої функції та неминучості швидкого летального результату, що є провідним правовим та етичним аспектом СЛР.

Список використаних джерел

1. Усенко Л.В., Царьов О.В., Кобеляцький Ю.Ю. Серцево-легенева і церебральна реанімація: нові рекомендації європейської ради з реанімації 2021 року // Новини медицини та фармації. – 2022. – № 1 (778). – С. 10-14.

2. Усенко Л.В., Царьов О.В., Кобеляцький Ю.Ю. Серцево-легенева та церебральна реанімація: навчальний посібник. – Львів: Видавець Марченко Т.В., 2021. – 128 с.

3. Goto Y., Funada A., Maeda T., Okada H., Goto Y. Field termination-of-resuscitation rule for refractory out-of-hospital cardiac arrests in Japan. J. Cardiol. 2019 Mar.; 73 (3): 240-246. doi: 10.1016/j.jjcc.2018.12.002. Epub 2018 Dec 20. PMID: 30580892.

4. Goto Y., Funada A., Maeda T., Goto Y. Termination-of-resuscitation rule in the emergency department for patients with refractory out-of-hospital cardiac arrest: a nationwide, population-based observational study. Crit. Care. 2022 May 16; 26 (1): 137. doi: 10.1186/s13054-022-03999-x. PMID: 35578295; PMCID: PMC9109290.

5. Soar J., Lott C., Böttiger B.W., Carli P., Couper K., Deakin C.D., Djärv T., Olasveengen T., Paal P., Pellis T., Perkins G.D., Sandroni C., Nolan J.P. Erweiterte lebensrettende Maßnahmen bei Erwachsenen: COVID-19-Leitlinien des European Resuscitation Council [Advanced life support in adults European Resuscitation Council COVID-19 Guidelines]. Notf Rett Med. 2020; 23 (4): 248-250. German. doi: 10.1007/s10049-020-00720-9. Epub 2020 Jun 10. PMID: 32536800; PMCID: PMC7284666.

6. Nolan J.P., Sandroni C., Böttiger B.W., Cariou A., Cronberg T., Friberg H., Genbrugge C., Haywood K., Lilja G., Moulaert V.R.M., Nikolaou N., Olasveengen T.M., Skrifvars M.B., Taccone F., Soar J. European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2021: post-resuscitation care. Intensive Care Med. 2021 Apr; 47 (4): 369-421. doi: 10.1007/s00134-021-06368-4. Epub 2021 Mar 25. PMID: 33765189; PMCID: PMC7993077.