



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

КАФЕДРА СУСПІЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН
КАФЕДРА ДИТЯЧИХ ХВОРОБ

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
VI МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ ТА ДЕОНТОЛОГІЧНІ
ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ»

20-21 ЛЮТОГО 2025 РОКУ



м. Запоріжжя

СЕКЦІЯ 8. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ БІОЕТИКИ. ПРОБЛЕМА ТІЛЕСНОСТІ. ФІЛОСОФІЯ ПРОФІЛАКТИКИ

<i>Марков Ю.І.</i> ПРОФЕСІЙНІ ОБОВ'ЯЗКИ ТА ЕТИЧНІ ІМПЕРАТИВИ У ДІЯЛЬНОСТІ АНЕСТЕЗІОЛОГА	147
<i>Алієва О.Г., Потоцька О.І., Таврог М.Л., Громоковська Т.С., Макєєва Л.В., Попазова О.О.</i> ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ЕМБРІОЛОГІЇ ЛЮДИНИ В КУРСІ ГІСТОЛОГІЇ, ЦИТОЛОГІЇ ТА ЕМБРІОЛОГІЇ В МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ	150
<i>Бельдій О.В.</i> ПРОБЛЕМА ТІЛА ЯК «НЕВЕРБАЛЬНОГО МОВЦЯ» В КОНТЕКСТІ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ	153
<i>Білай І.М., Білай А.І., Білай С.І.</i> ФІЛОСОФІЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПОБІЧНОЇ ДІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	156
<i>Бойко А.І., Бородай О.Д.</i> СУЧАСНІ КОННОТАЦІЇ ПРОБЛЕМИ ВИБОРУ: МІЖ СВОБОДОЮ ТА ПАРАЛІЧЕМ	157
<i>Бойченко Н.М.</i> ТЕХНОЛОГІЧНА ТІЛЕСНІСТЬ І МЕЖІ ЛЮДСЬКОГО: ФІЛОСОФСЬКІ ТА ЕТИЧНІ АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ	159
<i>Волошина К.С., Подкупко Т.Л.</i> ПРЕВЕНТИВНА МЕДИЦИНА ЯК ФІЛОСОФСЬКА КОНЦЕПЦІЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я	161
<i>Дейнега В.А.</i> ТРИВАЛЕ ГРУДНЕ ВИГODOVУВАННЯ – ЗАПОРУКА ЩАСЛИВОГО ЖИТТЯ	162
<i>Денисенко В.В., Денисенко С.А.</i> ДІТИ ФЕЙ: ОЗНАКИ АУТИЗМУ У ДІТЕЙ У ФОЛЬКЛОРНИХ ДЖЕРЕЛАХ	164
<i>Dierckxsens G.</i> HEALTH CARE AS PARTICIPATORY SENSE-MAKING: AN ENACTIVE PERSPECTIVE ON RELATIONS BETWEEN PATIENTS AND HEALTH CARE PROVIDERS	166
<i>Feeney, O.</i> DISABILITY, SELECTION & GENOME EDITING: RETHINKING (NON) IDENTITY - AFFECTING DEBATES	166
<i>Кравченко В.Ю., Кравченко О.Ю.</i> МОРАЛЬНІ ТА ПРОФЕСІЙНІ АСПЕКТИ ПРАВДИВОСТІ В СИСТЕМІ СУЧАСНОЇ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ	167
<i>Недельська С.М., Лямцева О.В.</i> ВПЛИВ АТОПІЧНОГО ДЕМАТИТУ НА ПСИХІКУ ДІТЕЙ: РОЗДУМИ ДИТЯЧОГО АЛЕРГОЛОГА	169
<i>Михайловська Н.С., Мануйлов С.М.</i> ФІЛОСОФІЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ В СУЧАСНИХ РЕАЛІЯХ СЬОГОДЕННЯ	170
<i>Перегінець М.М., Черненко О.Є.</i> СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПИТАННЯ ФІЛОСОФІЇ ПРОФІЛАКТИКИ	172
<i>Рябоконт О.В., Корнієнко О.О., Саліонов В.О., Оніщенко Т.С.</i> ВИБІРКОВІ ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я СЕРЕД МОЛОДІ В УМОВАХ ВІЙНИ..	173
<i>Самойленко О.В., Хитрук К.О.</i> АРТ-ТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ	175
<i>Самура Б.Б., Чорна І.В., Самура Т.О., Панасенко М.О.</i> ЕТИКА І ДЕОНТОЛОГІЯ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЛЕЙКЕМІЇ	176
<i>Сенетий Д.П.</i> ПРОБЛЕМА ВИЗНАЧЕННЯ КРИТЕРІЮ СМЕРТІ ЛЮДИНИ У СУЧАСНІЙ БІОЕТИЦІ	178
<i>Sevcenco N., Guzenko N.</i> ETHICAL CONSIDERATIONS IN DENTAL EXAMINATION OF CHILDREN WITH CYSTIC FIBROSIS	180
<i>Sevcenco N., Saidacari C.</i> THE ROLE OF BACTERIAL PLAQUE IN THE DEVELOPMENT OF CATARRHAL GINGIVITIS IN CHILDREN	181
<i>Taylor, J.S.</i> BLOOD AND MONEY: WHY PLASMA DONORS SHOULD BE COMPENSATED	182
<i>Фіногенова К.Ю.</i> ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ ВИМІР ФІЛОСОФІЇ СТОЇЦИЗМУ	182
<i>Чуча О.Г.</i> БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПАТОЛОГІЧНОЇ АНАТОМІЇ: ВИКЛИКИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ	184

допомогла їм легше переживати складні моменти, пов'язані з особистісними труднощами або навчанням. У здобувачів освіти, які регулярно відвідували арт-терапію (сесії проводилися раз на 10 днів протягом 2х місяців), спостерігалось зменшення симптомів стресу та апатії, що сприяло до покращенню психічного стану. Учасники свідчили про зростання рівню оптимізму, кращу здатність до подолання життєвих труднощів і відчуття емоційної наповненості. Групові сесії створювали атмосферу взаємопідтримки та довіри, дозволили краще пізнати один одного та самого себе. Студенти стверджували, що завдяки сесіям арт-терапії вдалося покращити комунікацію з іншими учасниками та подолати почуття самотності. Творчі заняття сприяли зміцненню соціальних зв'язків і покращенню міжособистісної взаємодії. Вважаємо, що використання арт-терапевтичних методів є доречним як для осіб із комунікативними труднощами так і для тих, хто перебуває на етапі фізичної реабілітації після травм чи операцій.

Арт-терапія є ефективним інструментом психологічної реабілітації, який сприяє зниженню стресу та покращенню емоційного благополуччя. Терапевтичний потенціал арт-терапії дозволяє застосовувати її в різних медичних сферах, включаючи психіатрію, онкологію та реабілітацію. Метод сприяє формуванню стійкості до стресу, покращенню настрою та налагодженню міжособистісної взаємодії. Наш досвід доводить, що арт-терапію можна успішно використовувати як засіб психологічної підтримки студентів у навчальних закладах, особливо студентів-переселенців.

Список використаних джерел

Практикум з арт-терапії: навчально-методичний посібник. Ч. 2. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2021. 148 с.

ЕТИКА І ДЕОНТОЛОГІЯ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЛЕЙКЕМІЇ

*Самура Борис Борисович, д.мед.н., професор,
професор кафедри внутрішніх хвороб З,*

*Чорна Інна Володимирівна, к.мед.н.,
доцент кафедри внутрішніх хвороб З,*

*Самура Тетяна Олександрівна, к.мед.н., доцент,
доцент кафедри клінічної фармакології, фармації та фармакотерапії,*

*Панасенко Марія Олександрівна, PhD,
асистент кафедри внутрішніх хвороб З,*

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Вступ. Гострі лейкемії (ГЛ) є групою злоякісних захворювань кровотворної системи, які характеризуються агресивним перебігом і високою смертністю. Лікування таких пацієнтів потребує не лише професійних знань, а й дотримання етичних та деонтологічних принципів, які забезпечують збереження людської гідності, автономії пацієнта і якість медичної допомоги.

Значна увага повинна приділятися питанню рівного доступу до лікування, особливо в умовах обмежених ресурсів. Медичні працівники стикаються з моральними дилемами щодо розподілу фінансів та вибору між стандартними та експериментальними методами лікування. Крім того, важливим аспектом є питання психологічної підтримки пацієнтів та їхніх родин, оскільки діагноз гострої лейкемії є важким випробуванням для всіх учасників лікувального процесу.

Основні етичні принципи в лікуванні гострих лейкемій передбачають автономність, благодійність, справедливість та ненанесення шкоди пацієнту [3].

Принцип автономії передбачає право кожного пацієнта на інформацію про свій діагноз, можливі методи лікування, прогноз та потенційні ризики. Інформована згода є ключовим аспектом взаємодії лікаря та пацієнта. Це включає роз'яснення можливих побічних ефектів терапії, очікуваних результатів та альтернативних варіантів лікування.

Лікарі зобов'язані забезпечити максимально ефективне лікування, спрямоване на подовження життя та покращення його якості. У разі наявності клінічних досліджень важливо оцінювати їхню відповідність інтересам пацієнта та можливість отримання від них користі.

Враховуючи високу токсичність хіміотерапії, необхідно ретельно зважувати ризики та користь лікування, індивідуалізуючи терапію для кожного пацієнта. Лікарі повинні постійно оновлювати свої знання щодо новітніх схем лікування, аби мінімізувати ускладнення та підвищити ефективність терапії [5].

Рівний доступ до медичної допомоги, новітніх методів лікування та паліативної допомоги є важливою складовою етичного підходу до лікування ГЛ. Важливим є і питання економічної доступності препаратів, оскільки сучасна терапія часто є надзвичайно дорогою.

Деонтологічні аспекти включають комунікацію з пацієнтом та його родиною, конфіденційність, забезпечення паліативної допомоги та психологічної підтримки.

Чесність та відкритість у поданні інформації про перебіг хвороби, можливості лікування та прогноз є обов'язковими під час комунікації з пацієнтом та його родиною. При цьому необхідно враховувати психологічний стан пацієнта та його сім'ї. Медичні працівники повинні проходити спеціальну підготовку щодо ведення складних розмов із пацієнтами [1].

У випадках, коли радикальне лікування є неможливим або неефективним, лікар зобов'язаний забезпечити гідний рівень паліативної допомоги, полегшуючи біль і страждання пацієнта. Це включає не лише медикаментозне лікування, а й психологічну та духовну підтримку пацієнта та його близьких [2].

Дотримання лікарської таємниці є необхідним елементом професійної етики. Відомості про діагноз та лікування можуть передаватися лише за згодою пацієнта. У випадку участі пацієнта в клінічних дослідженнях конфіденційність даних має бути суворо захищена. [4].

Хворі на ГЛ та їхні родини стикаються зі значним емоційним стресом. Лікарі повинні надавати необхідну психологічну підтримку або залучати спеціалістів відповідного профілю. Робота з онкопсихологами та соціальними працівниками є важливим елементом комплексної допомоги.

Участь пацієнтів у клінічних випробуваннях повинна базуватися на добровільній згоді, чіткій інформованості про можливі ризики та потенційну користь. Лікарі мають дотримуватися міжнародних стандартів біоетики, аби уникнути експлуатації пацієнтів у наукових цілях.

Висновки: Етичні та деонтологічні аспекти відіграють ключову роль у лікуванні гострих лейкемій. Дотримання принципів медичної етики сприяє створенню довірливих відносин між лікарем і пацієнтом, підвищує ефективність лікування та покращує якість життя пацієнтів. Необхідність гуманного підходу до лікування та забезпечення гідного ставлення до хворого є фундаментом сучасної медичної практики.

Крім того, лікарі повинні усвідомлювати свою відповідальність перед суспільством і пацієнтами, постійно вдосконалювати свої знання та навички, дотримуватися етичних норм та брати активну участь у розробці стратегій поліпшення доступу до інноваційних методів лікування. Тільки комплексний підхід до лікування, що поєднує наукові досягнення з етичними стандартами, може забезпечити найкращі результати для пацієнтів із гострими лейкеміями.

Список використаних джерел

1. Beltran-Aroca C.M., Girela-Lopez E., Collazo-Chao E. Confidentiality breaches in clinical practice: what happens in hospitals? BMC Medical Ethics. Volume 17, article number 52, (2016) 17-52.
2. El-Jawahri A., Nelson A.M., Gray T.F. Palliative and End-of-Life Care for Patients With Hematologic Malignancies. J Clin Oncol. 2020 Mar 20;38(9):944-953.

3. Pettersson M., Hedström M., Höglund A.T.. The ethics of DNR-decisions in oncology and hematology care: a qualitative study. BMC Medical Ethics. Volume 21, article number 66, 2020: 21-66.

4. Rosenthal D. S., Dean-Clower E. Integrative Medicine in Hematology/Oncology: Benefits, Ethical Considerations, and Controversies. Ethical and Clinical Controversies in Hematology| January 1, 2005. Volume 2005, Issue 1: 491-497.

5. Raina R.S., Singh P., Chaturvedi A. Emerging Ethical Perspective in Physician-Patient Relationship. J Clin Diagn Res. 2014 Nov 20;8(11): XI01–XI04.

ПРОБЛЕМА ВИЗНАЧЕННЯ КРИТЕРІЮ СМЕРТІ ЛЮДИНИ У СУЧАСНІЙ БІОЕТИЦІ

*Сенетий Дмитро Петрович, доктор філос. наук, доцент,
професор кафедри суспільних дисциплін,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Проблема визначення критерію смерті людини стала предметом гострих дискусій протягом останніх півстоліття. Це пов'язано, по-перше, з розвитком нових технологій, які дозволяють штучно підтримувати кровообіг та дихання у пацієнтів у стані незворотного припинення функціонування мозку та/або незворотної втрати свідомості в усіх її формах (включно з нейелементарнішими відчуттями) і, по-друге, (у зв'язку з першим) із впровадженням в більшості країн нейрологічного критерію смерті, відомого під назвою "смерть мозку", під яким розуміється або (у більшості країн, зокрема, в Україні [1] та США) повне припинення функціонування усього мозку, невиконання усіх його функцій, або (у Великобританії та кількох інших країнах) повне припинення функціонування стовбура головного мозку. Згаданий критерій викликає критику як із боку прибічників традиційного, кардіопульмонарного критерію (незворотне припинення функціонування серця й легенів) (див., зокрема: [2; 6; 11; 12; 13]), так і з боку багатьох авторів, які пропонують вважати смертю людини стан незворотної втрати свідомості, тобто, незворотного припинення виконання вищих функцій мозку, які локалізуються у новій корі (неокортексі) (див., зокрема: [3; 4; 5; 7; 8; 9; 10; 14; 15]).

Прийняті на сьогодні критерії встановлення смерті людини проблематичні у кількох відношеннях.

По-перше, критерій смерті людини як "смерті мозку" був впроваджений без достатнього обґрунтування. Тут йдеться не про науково-медичне питання, як (на основі яких тестів) можна встановити незворотне повне припинення функціонування мозку або стовбуру мозку, а про концептуальне, філософське питання: чому (і чи справді) саме це слід вважати смертю людини? Обґрунтування, які пропонувалися прибічниками критерію "смерті мозку" (вже після його фактичного впровадження в більшості країн), виявляються по-перше, для багатьох непереконливими і, по-друге, такими, що не узгоджуються між собою. Тобто, у питанні про те, чому саме повну "смерть мозку" (а не "кардіопульмонарну смерть" чи "смерть вищого мозку") слід приймати за смерть людини, прибічники цього критерію далекі навіть від досягнення згоди між собою, не кажучи вже про переконування інших.

По-друге, ряд авторів вказують на те, що медичні тести, на основі яких встановлюється "смерть мозку", насправді не встановлюють припинення виконання *всіх* функцій мозку, хоча у законодавстві (зокрема, в Україні та США) "смерть мозку" визначається саме як незворотне припинення виконання *усіх* функцій мозку. Тобто, практика не відповідає букві Закону. Деякі прибічники критерію "смерті мозку", визнаючи, що це справді так, говорять, що ті функції мозку, які можуть виконуватися незважаючи на проходження прийнятих тестів, є несуттєвими. Але в Законі "смерть мозку" визначається не як незворотне припинення виконання *суттєвих* функцій, а як незворотне припинення виконання *усіх* функцій.