



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 9. «МЕДИЦИНА 5Р» – НОВИЙ ПОРЯДОК ДЕННИЙ ДЛЯ ТЕХНОЛОГІЙ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МАЙБУТНЬОГО

<i>Варжапетян А.С.</i> ПРИНЦИПИ МЕДИЦИНИ 5-Р ПРИ ЛІКУВАННІ ОДОНТОГЕННИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ	186
<i>Витюк В.Р.</i> ЯК ОСОБИСТИЙ ДОСВІД ПАЦІЄНТА ВПЛИВАЄ НА РОЗУМІННЯ ХВОРОБИ ТА ЛІКУВАННЯ?	187
<i>Ганчева О.В., Грекова Т.А., Мельникова О.В., Каджарян Є.В., Ісаченко М.І., Данукало М.В.</i> ЗАСТОСОВНІСТЬ ТЕХНОЛОГІЧНИХ ІННОВАЦІЙ У ТРАНСФОРМАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДО МЕДИЦИНИ 5Р	188
<i>Овчаренко Л.С., Герасімчук Т.С.</i> ПАРАДИГМА 5Р У МЕДИЦИНІ ТА ЇЇ ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ВАКЦІНАЦІЇ	190
<i>Петріщев В.В.</i> 5Р МЕДИЦИНА: НОВА ПАРАДИГМА ВЗАЄМОВІДНОШЕНЬ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ МЕДИЦИНИ	192
<i>Серіков К.В.</i> ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАНІМАЦІЇ	193

СЕКЦІЯ 10. ЕКОЦИД ТА ЗЛОЧИНИ ПРОТИ ДОВКІЛЛЯ: БІОЛОГІЧНИЙ, МЕДИЧНИЙ ТА СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКИЙ АСПЕКТИ

<i>Турос О.І., Петросян А.А., Сидоренко О.О.</i> МЕДИЧНІ АСПЕКТИ РЕГУЛЮВАННЯ ЯКОСТІ ПОВІТРЯ У М. ЗАПОРІЖЖІ	197
<i>Karpenko, K.</i> BIOETHICAL CONTEXT OF ECOCIDE	199
<i>Крючко Т.О., Литус С.І., Климко Д.О., Олійніченко М.О., Рубан Ю.В.</i> ЗАБРУДНЕННЯ ПОВІТРЯ І ЙОГО НАСЛІДКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ПІД ЧАС ВІЙНИ	202
<i>Радіонов В.С.</i> СПАЛЮВАННЯ ВІДХОДІВ ЯК ФОРМА ЕКОЦИДУ	204
<i>Сініцина А.В., Рохман Б.М., Савчук О.І.</i> ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ЕКОЛОГІЧНОГО СВІТОГЛЯДУ В УМОВАХ ВИКЛИКІВ ВОЄННОГО СТАНУ ТА ЕКОЦИДУ	206

СЕКЦІЯ 11. ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ: «CONSUMOR ALIIS INSERVIENDO»

<i>Ковтун Н.М., Ковтун Ю.В.</i> ВІДЧУЖЕННЯ ВІД ПРОФЕСІЇ І ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ ПРАЦІВНИКІВ ОСВІТИ	211
<i>Гейченко К.І.</i> ПРОБЛЕМА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ «ВИКЛАДАЧ-СТУДЕНТ» У СИСТЕМІ МОВНОЇ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМЦІВ	212
<i>Кравченко Ю.В., Гнатенко С.А.</i> СИНДРОМ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРЯННЯ: ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ, СИМПТОМИ ТА СПОСОБИ ПОДАЛАННЯ	214
<i>Крючко Т.О., Литус С.І., Щербак В.В., Олійніченко М.О., Рубан Ю.В.</i> ПРОБЛЕМА ПРОФІЛАКТИКИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ	217
<i>Савченко Д.С.</i> ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ УКРАЇНИ: ФІЛОСОФСЬКІ ТА СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ	219
<i>Regel E.</i> NAVIGATING THE ETHICAL BATTLEFIELD: ADDRESSING MORAL DISTRESS, MORAL INJURY AND BURNOUT IN HEALTHCARE PROVIDERS DURING TIMES OF WAR	223
<i>Strzqdała, A.</i> POST-TRAUMATIC GROWTH AMONG HEALTHCARE WORKERS: EMPIRICAL STUDIES AND THEORETICAL MODEL	225
<i>Хоролец О.В.</i> ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ ЛІКАРІВ. ПРИЧИНИ, ПРОЯВИ ТА ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ	224

ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАНІМАЦІЇ

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

Медична етика є розумною складовою моральної філософії та має справу з конфліктами у обов'язках лікаря будь якої спеціальності та їх кінцевим результатом. Щодо прийняття рішень в медичній етиці існують два концептуальних напрямки: деонтологічний та утилітарний. У деонтологічному підході результати лікування можуть не виправдовувати засоби їх досягнення, тоді як у утилітарному підході результати визначають засоби та їх вигоду [1].

В галузі інтенсивної терапії (ІТ) такі аспекти, як брак часу, складна та розрізнена медична інформація, розподіл догляду між групою осіб, які надають медичну допомогу, сприяють помилкам та упередженням у прийнятті рішень лікування. У психології людського судження та прийняття рішень слово “упередженість” використовується для позначення того, що судження не відповідає фактам або те, що рішення є неоптимальним з утилітарної точки зору, спрямованої на оптимізацію очікуваного результату в кількісному вираженні [2].

В галузі анестезіології та ІТ дії лікаря впливають на здоров'я та життя пацієнтів, що потребує приймання рішень, які оптимізують результати лікування. Цьому сприяє напрямок доказової медицини. Доказова медицина – це рух, який просуває використання заснованих на даних знань із клінічних досліджень та клінічної практики, щоб забезпечити міцнішу основу для суджень та рішень при емпіричній оцінці минулих результатів.

У той же час рух персоналізованої медицини [3] виступає за ретельнішу оцінку унікального індивідуального випадку кожного пацієнта, а не за оптимізацію результатів на основі популяції. І хоча ретельний аналіз даних з минулого може дати лікарю-анестезіологу уявлення про передбачувану ефективність анестезіологічного забезпечення та ІТ, практичний досвід, набутий лікарем, як і раніше, ставить його в найкраще положення для оцінки доцільності лікування для конкретного (і часто складного) окремого пацієнта з особливостями його здоров'я або наявної ситуації [4].

В галузі анестезіології та ІТ існують етичні міркування та компроміси, які важко застосовувати з утилітарної точки зору [5]. До них відносяться такі деонтологічні питання: чи слід припиняти і коли припиняти ІТ у пацієнтів з поганим прогнозом; якому анестезіологічному забезпеченню надати перевагу та як зіставляти ризики з перевагами інвазивних втручань у критичних пацієнтів. Ці міркування мають ґрунтуватися на аналізі фактів та ризиків, однак менш легко вимірні та кількісно визначені аспекти, такі як фізичні та психічні страждання, також мають відігравати важливу роль у прийнятті цих компромісів. Крім того, рішення про лікування впливають не тільки на пацієнта, але і на його сім'ю, і в більш широкому масштабі компроміси мають бути досягнені на громадському рівні щодо того, як розподіляти ресурси, необхідні для догляду за критичними пацієнтами.

Рішення в галузі охорони здоров'я часто мають варіанти за замовчуванням. Прикладом умовчання, який особливо актуальний для області ІТ, є пошук активного лікування, а не утримання від втручання. У відділеннях інтенсивної терапії (ВІТ) догляд за пацієнтом здійснюється бригадою медичних сестер та лікарів протягом 24/7. Оскільки прийняття рішень у ВІТ є складним і обмеженим за часом, частина їх протоколюється, щоб допомогти запобігти помилкам. Складність прийняття рішень виникає частково через те, що ВІТ є інформаційно насиченим середовищем. Використання джерел інформації дає огляд різних джерел інформації та того, як вони використовуються.

Рішення щодо варіантів проведення ІТ складні не тільки тому, що ВІТ є середовищем, насиченим інформацією, і прийняття рішень часто обмежене в часі, але й тому, що рішення щодо варіантів ІТ (переважно, ніж рішення в інших галузях медицини) зачіпають компроміси між людськими, професійними та особистими цінностями лікарів, медичних сестер, пацієнтів та їх родичів.

Конфлікти серед медичного персоналу можуть виникати щодо рішень про те, як лікувати пацієнтів із поганим прогнозом захворювання; наскільки сильно “тренувати” пацієнтів при відлученні їх від апарату штучної вентиляції легень; які знеболювальні препарати необхідно застосовувати; як визначати ризики пов’язані з інвазивними типами моніторингу у критичних пацієнтів.

У ВІТ лікар-анестезіолог зрештою несе відповідальність за здоров’я та життя пацієнта. У той час як більшість медичних спеціальностей зосереджені на діагностиці та лікуванні конкретного захворювання або стану, обмеженого ряду захворювань, лікар-анестезіолог повинен вміти працювати із широким спектром клінічних станів. Це означає, що він не може мати рівень знань фахівця по кожному з цих станів, і йому часто доводиться консультуватися з іншими фахівцями. Це призводить до того, що існує широкий спектр обладнання для моніторингу, діагностичних тестів та варіантів лікування. Лікар-анестезіолог повинен вміти інтерпретувати інформацію, що надходить від цього обладнання та цих тестів.

Медичний колектив ВІТ повинен стабілізувати загальний стан критичних пацієнтів, щоб в подальшому їх можна було перевести до загальної палати. Тому основна мета лікаря-анестезіолога та медичної сестри зводиться до визначення причини які викликають нестабільність пацієнта, та подальше її усунення. Диференціальна діагностика захворювань у пацієнтів які перебувають у критичному стані є складним завданням. Критичні пацієнти часто страждають від проблем, пов’язаних з кровообігом, диханням, порушенням функції нирок, печінки та центральної нервової системи, які мають різні основні причини, але можуть проявлятися схожим чином і мати каскадні ефекти по всьому організму.

Лікар-анестезіолог повинен вміти справлятися з цими складними ситуаціями, беручи до уваги етичні та соціальні наслідки своїх рішень та дій, перебуваючи в умовах дефіциту часу та емоційного стресу. Ця складна комбінація аспектів може легко призвести до стану когнітивного навантаження як лікаря-анестезіолога, так і інших медичних фахівців, що у прийнятті рішень.

В умовах ВІТ спостереження за пацієнтами є командною роботою, в якій беруть участь медичні сестри, лікарі-інтерни, лікарі-анестезіологи, лікарі-хірурги та лікарі-терапевти. Вони поділяють відповідальність за здоров’я та добробут пацієнта, і тому їм необхідно обмінюватися інформацією та спілкуватися один з одним щодо рішень та дій. Чимало їх комунікацій, і навіть поділу обов’язків щодо рішень та дій певною мірою структуровані.

Крім передачі інформації, ще однією проблемою в командній роботі у ВІТ є те, що гострота ситуацій не завжди дозволяє чітко розділити ролі та обов’язки. Хоча здоров’я пацієнта зрештою є відповідальністю лікаря-анестезіолога, медичні сестри є тим персоналом, який перебуває біля ліжка пацієнта 24/7 і, отже, мають можливість швидше реагувати на гострі критичні ситуації. Тому медичні сестри у ВІТ, як правило, виявляють більшу автономію, ніж медичні сестри в інших відділеннях лікарні, що може призвести до конфліктів у командах з того, який догляд є найкращим для пацієнта. Особливо треба позначити відносини між досвідченими медичними сестрами та лікарями-інтернами, які можуть призвести до конфліктів щодо відповідальності за пацієнтів.

Ухвалення експертних рішень у клінічному середовищі часто досить протокольоване. Протоколи можуть допомогти лікарям та медичним сестрам запобігти помилкам. Крім того, застосування протоколів допомагає генерувати додаткові докази, оскільки вони призводять до того, що великі групи пацієнтів лікуються однаково. Протоколи, незалежно від того, чи вони надруковані на папері або представлені на екрані комп’ютерного монітору, можна вважати формою підтримки прийняття рішень, оскільки вони надають інформацію про те, що необхідно зробити в процесі догляду та лікуванні.

Однак з точки зору персоналізованої медицини та деонтологічної етики [3, 4, 6], як і раніше, важливо залишати місце для відхилення від протоколу, щоб служити потребам окремого пацієнта. Простого надання лікарю свободи відхилення може бути замало забезпечення автономії. Брак часу та стрес знижують здатність до роздумів. Введення

втручань, які підтримують дотримання протоколу, може спричинити стан реактивності або, навпаки, стан, у якому лікар стає надто залежним від вказівок протоколу.

Оскільки лікар-анестезіолог та медична команда повинні мати можливість враховувати широкий спектр умов, джерел інформації та спостережень, існує гостра потреба у фільтрації та структуруванні інформації. Під час навчання різні члени медичної команди з догляду навчаються фільтрувати та структурувати інформацію у міру її отримання. Професійний досвід та навчання допомагають формувати ментальні моделі в довгостроковій пам'яті, які можна застосовувати для спрощення та прискорення оцінки ситуації, а також формування планів дій та їх оцінки [7].

Чим кваліфікованій лікар-анестезіолог або медична сестра, тим легше їм сформувати ментальний образ того, що відбувається з критичним пацієнтом. Але є й зворотний бік розвитку навички. Кваліфікований лікар-анестезіолог або медична сестра більш схильні до когнітивного тунелювання або сліпоти неухважності. Когнітивне тунелювання чи сліпота неухважності – це стан розуму, у якому збір нової інформації настільки сфокусований зверху донизу, що важливі сигнали знизу нагору можуть бути втрачені.

Висновки:

1. В роботі лікаря-анестезіолога такі аспекти, як брак часу, складна та розрізнена медична інформація, розподіл догляду між групою осіб, які надають медичну допомогу, сприяють упередженням у прийнятті рішень лікування.

2. Лікар-анестезіолог несе відповідальність за здоров'я та життя пацієнтів, у той час як більшість медичних спеціальностей зосереджені на діагностиці та лікуванні конкретного захворювання або стану, обмеженого ряду захворювань.

3. Беручи до уваги етичні та соціальні наслідки своїх рішень та дій, перебуваючи в умовах дефіциту часу та емоційного стресу, лікарю-анестезіологу необхідно вміти справлятися із своїми професійними завданнями.

Список використаних джерел

1. Mandal J., Ponnambath D.K., Parija S.C. Utilitarian and deontological ethics in medicine. *Trop Parasitol.* 2016 Jan-Jun;6(1):5-7. doi: 10.4103/2229-5070.175024. PMID: 26998430; PMCID: PMC4778182.
2. Hendriks, M., Willemsen, M. C., Sartor, F., & Hoonhout, J. Respecting Human Autonomy in Critical Care Clinical Decision Support. *Frontiers in Computer Science*, 16 August 2021. Volume 3, Article 690576. <https://doi.org/10.3389/fcomp.2021.690576>
3. Колесник Ю.М., Туманський В.А., Шифрін Г.А. Основи лікарської компетентності. – Запоріжжя: Дике Поле, 2013. – 376 с.
4. Шифрін Г.А., Туманський В.А., Колесник Ю.М. Віталологія. – Запоріжжя: Дике Поле, 2018. – 288 с.
5. Tseng PE, Wang YH. Deontological or Utilitarian? An Eternal Ethical Dilemma in Outbreak. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Aug 13;18(16):8565. doi: 10.3390/ijerph18168565. PMID: 34444311; PMCID: PMC8391290
6. Romash, I., Romash, I., Barbanova, J., & Barbanova, T. Psychological, ethical and deontological needs of the patients. *Mental Health: Global Challenges Journal*, 2020 3(2), 64–66. <https://doi.org/10.32437/mhgcj.v4i2.98>
7. Smith C.S. Applying a systems oriented ethical decision making framework to mitigating social and structural determinants of health. *Front Oral Health*. 2023 Jul 14;4:1031574. doi: 10.3389/froh.2023.1031574. PMID: 37521174; PMCID: PMC10382250.