



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

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

26-27 ЛЮТОГО 2026 РОКУ



м. Запоріжжя

СЕКЦІЯ 6. ПРОБЛЕМА ТІЛЕСНОСТІ

Голубович І.В., Хмарський В.М.

КУЛЬТУРНІ ПРАКТИКИ ТІЛЕСНОСТІ: ФІЛОСОФСЬКО-АНТРОПОЛОГІЧНІ ВІЗІЇ ІЛЛІ МЕЧНИКОВА..... 161

Овчаренко Л.С., Герасімчук Т.С., Кіріцева О.А.

ПСИХІЧНИЙ СТАН ЯК НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА У ФОРМУВАННІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ В УМОВАХ ВІЙНИ..... 162

Бондарева С.А., Черненко О.Є.

ФІЛОСОФСЬКО-АНТРОПОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ: МІЖ ВІДНОВЛЕННЯМ НОРМИ ТА МЕДИКАЛІЗАЦІЄЮ ТІЛЕСНОСТІ..... 169

Косс А.

БІОТЕХНОЛОГІЧНИЙ ДИЗАЙН ТІЛЕСНОСТІ: ВІД СОЦІАЛЬНОЇ НОРМОВАНOSTI ДО ГЕНЕТИЧНОГО ПОКРАЩЕННЯ В СПОРТІ..... 171

Серіков К.В.

КРИТЕРІЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ХВОРИХ ІЗ ШЕМІЧНИМ МОЗКОВИМ ІНСУЛЬТОМ У ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ТА РІШЕННЯ ПРО ОБМЕЖЕННЯ ТА ПРИПИНЕННЯ ЛІКУВАННЯ У ГОСТРІЙ ФАЗІ ЗАХВОРЮВАННЯ..... 174

Таран Р.М.

ВІД КОНТРОЛЮ БОЛЮ ДО УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ: СУЧАСНА АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ В ЕТИЧНОМУ ВИМІРІ..... 176

СЕКЦІЯ 7. ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ

Волосовець О.П., Волосовець Т.М.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ..... 178

Алієва О.Г., Таврог М.Л., Попазова О.О., Макєєва Л.В., Громоковська Т.С.

ВПЛИВ ІНФОРМАЦІЙНОГО СЕРЕДОВИЩА НА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ..... 180

Haidai N.V., Kyrychenko M.M., Deinichenko O.V., Pavliuchenko M.I., Shapoval O.S.

EXPERIENCE IN IMPLEMENTING INNOVATIVE EDUCATIONAL TECHNOLOGIES IN THE PROFESSIONAL TRAINING OF ENGLISH-MEDIUM STUDENTS IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY UNDER MARTIAL LAW AND IN COMPLIANCE WITH EUROPEAN STANDARDS OF HIGHER EDUCATION IN UKRAINE..... 185

Губка В.О., Головка М.Г., Гайдаржі Є.І., Охріменко Г.І.

ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ..... 188

Kaliuzhna V.V.

PROBLEMS OF DISTANCE TEACHING OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY IN HIGHER MEDICAL EDUCATION INSTITUTIONS..... 189

Козиряцька С.А.

ВИРОБЛЕННЯ НАВИЧОК РЕДАГУВАННЯ ФАХОВИХ ТЕКСТІВ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ЗВО НА ЗАНЯТТЯХ З «УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ (ЗА ПРОФЕСІЙНИМ СПРЯМУВАННЯМ)» ЯК ВАЖЛИВА СКЛАДОВА ФОРМУВАННЯ ЇХ МОВЛЕННСВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ..... 191

Крупей К.С., Деген А.С., Гуліна О.С.

CHATGPT У МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ДИСЦИПЛІНАХ: ТИПОВІ ПОМИЛКИ ПІД ЧАС ГЕНЕРУВАННЯ ІНФОРМАЦІЇ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ КОРИСТУВАЧА..... 192

Лукіна Г.М.

РІЗНОМАНІТНІСТЬ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ У СУЧАСНІЙ ВИЩІЙ ШКОЛІ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇХ ВИКОРИСТАННЯ ДЛЯ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ..... 194

Моргуницова С.А., Школова О.П., Дмитрієв В.С., Ганошенко Ю.А.

ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ ПІДГОТОВКИ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ ДО СКЛАДАННЯ ЄДКІ ТА ІНСТРУМЕНТИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ОСВІТИ..... 196

Список використаних джерел

1. Косс А. М. Біотехнологічний дизайн тіла: філософська рефлексія культури тілесності в епоху NBICS-технологій. *Актуальні проблеми філософії та соціології*. 2025. Вип. 56. С. 68–74. <https://doi.org/10.32782/apfs.v056.2025.11>
2. Sloterdijk P. *You must change your life* / translated by W. Hoban. Cambridge: Polity Press, 2013. 500 p.
3. Sandbakk Ø., Loland S. Records at What Cost? A Critique of the Enhanced Games. *International Journal of Sports Physiology and Performance*. 2025. P. 1-4. <https://doi.org/10.1123/ijsp.2025-0470>
4. Piatkowski T., Turnock L., Gibbs N. Duff. C. The IPEDs assemblage: Tracing the entanglements of biomedicine, technology, enhancement and anti-doping policies in sport and society. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*. 2024. P. 1–19. <https://doi.org/10.1177/13634593241306569>
5. Mazzeo F., Altavilla G., D'Elia F., Raiola G. Development of Doping in sports: overview and analysis. *Journal of Physical Education and Sport (JPES)*. 2018. Vol. 18, iss. 3. P. 1669–1677. <https://doi.org/10.7752/jpes.2018.03244>

КРИТЕРІЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ХВОРИХ ІЗ ІШЕМІЧНИМ МОЗКОВИМ ІНСУЛЬТОМ У ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ТА РІШЕННЯ ПРО ОБМЕЖЕННЯ ТА ПРИПИНЕННЯ ЛІКУВАННЯ У ГОСТРІЙ ФАЗІ ЗАХВОРЮВАННЯ

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

Інтенсивна терапія (ІТ) хворих із ішемічним мозковим інсультом (ІМІ) у відділенні інтенсивної терапії (ВІТ) фокусується на протезуванні вітальних функцій організму, включаючи керування дихальними шляхами та штучну вентиляцію легень (ШВЛ), гемодинамічну підтримку, лікування лихоманки, дисглікемії та контроль судом [1]. Довгострокова смертність пацієнтів з ІМІ, госпіталізованих до ВІТ, залишається досить високою і становить від 37% до 66% протягом 1-го року від початку захворювання, і тільки 8-14% виживають із гарними функціональними наслідками. До найпоширеніших предикторів смертності хворих із ІМІ у ВІТ відносяться необхідність у ШВЛ та зниження рівня свідомості під час госпіталізації [2].

Рекомендації експертів щодо загального ведення ІМІ наведені в Європейській організації із інсульту, Американській асоціації із інсульту та Національному інституті охорони здоров'я та якості медичної допомоги Великобританії. На відміну від цього, доказова база, яка регулює ведення ІМІ у ВІТ, досить мізерна, незважаючи на те, що близько 15-20% пацієнтів із мозковим інсультом госпіталізуються до ВІТ [3]. Це призводить до суттєвої неоднорідності у наданні допомоги між лікарями та медичними центрами. У 2010 році рекомендації для реаніматологів щодо інсульту були опубліковані французькою мовою, засновані на рекомендаціях групи експертів під егідою Франкомовного товариства інтенсивної терапії, За участю франкомовної групи з педіатричної інтенсивної терапії та невідкладних станів, Франкомовного невровакулярного суспільства, Франкомовної асоціації нейроанестезіології та інтенсивної терапії та Франкомовної біомедичної агенції [4]. Однак їх не було перекладено англійською мовою, а доказова база змінилася з моменту публікації рекомендацій. На сьогоднішній день не існує загальноприйнятих міжнародних рекомендацій щодо оцінки тяжкості пацієнтів та лікування ІМІ у ВІТ.

Критерії госпіталізації хворих із ІМІ у ВІТ та рішення про обмеження та припинення терапії у гострій фазі захворювання [4]:

Рішення про госпіталізацію або відмову в госпіталізації пацієнта із ІМІ у ВІТ: елементи для роздумів.

1. Будь-яке рішення про проведення серцево-легеневої реанімації (СЛР) має прийматися із урахуванням неврологічних прогностичних показників, супутньої органної недостатності, попереднього стану пацієнта, побажань самого пацієнта чи довіреної особи, а у разі відсутності таких – думки близьких, яка може змінитися, та способу життя (сім'ї). Ці елементи, часто не завжди відомі в гострій фазі, повинні бути зібрані якнайшвидше.

2. Показання до проведення СЛР повинні враховувати причину життєнебезпечного стану: тяжкість неврологічного дефіциту; наслідки неврологічного дефіциту (наприклад, аспіраційна пневмонія, спричинена порушеннями ковтання, яка завжди вказує на поширений інсульт); інтеркурентна подія, яка не залежить від церебральної патології (наприклад, септичний шок); декомпенсація фонові патології (наприклад, гострий набряк легень внаслідок ішемічної хвороби серця тощо).

Рішення про обмеження та припинення терапії у гострій фазі захворювання.

1. Невизначеність діагнозу та неврологічного прогнозу в гострій фазі захворювання може виправдати проведення так званої “підтримуючої” СЛР на користь пацієнта, коли всі необхідні для ухвалення рішення елементи не документовані.

2. Щоб надати пацієнту найкращі шанси на одужання, необхідно негайно розпочати заходи боротьби із ІМІ і, за необхідності, розпочати ШВЛ в найкращих умовах.

Для пацієнтів, які вже госпіталізовані з ІМІ.

1. Можливість проведення СЛР в разі погіршення стану при ІМІ з ознаками потенційної тяжкості повинна бути предметом узгодженого процесу прийняття рішень між лікарями-реаніматологами та неврологами.

2. Різні причини потенційного погіршення стану повинні бути обговорені, і повинна бути розглянута необхідність або не необхідність проведення СЛР. Дії в цих різних ситуаціях повинні бути обґрунтовані і зафіксовані в медичній карті із зазначенням цих умовних пунктів (наприклад, реанімація в разі дихальної недостатності, але не в разі неврологічного погіршення)

Іншими потенційними показаннями для госпіталізації в ВІТ:

1. Складність контролю факторів, що впливають на головний мозок.

2. Лікування пацієнта із масивним ІМІ, ймовірним результатом якого є смерть головного мозку із подальшим можливим забором органів.

3. Використання складних в управлінні допоміжних методів замісної терапії, таких як позаниркова очистка крові або неінвазивна ШВЛ (наприклад, при попередньому захворюванні або гострому набряку легенів).

Висновки

1. Інтенсивна терапія (ІТ) хворих із ішемічним мозковим інсультом (ІМІ) у відділенні інтенсивної терапії (ВІТ) фокусується на протезуванні вітальних функцій організму.

2. Доказова база, яка регулює ведення ІМІ у ВІТ, досить мізерна, незважаючи на те, що близько 15-20% пацієнтів із мозковим інсультом госпіталізуються до ВІТ.

3. Показання до проведення СЛР у пацієнтів із ІМІ повинні враховувати причину життєнебезпечного стану: тяжкість неврологічного дефіциту; наслідки неврологічного дефіциту; інтеркурентну подію, яка не залежить від церебральної патології та декомпенсацію фонові патології.

Список використаних джерел

1. Ganti L. Management of acute ischemic stroke in the emergency department: optimizing the brain. *Int J Emerg Med.* 2025 Jan 7;18(1):7. doi: 10.1186/s12245-024-00780-5. PMID: 39773368; PMCID: PMC11708089.

2. Kortelainen S, Curtze S, Martinez-Majander N, Raj R, Skrifvars MB. Acute ischemic stroke in a university hospital intensive care unit: 1-year costs and outcome. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2022 Apr;66(4):516-525. doi: 10.1111/aas.14037. Epub 2022 Feb 14. PMID: 35118640; PMCID: PMC9304289.

3. Kirkman MA, Citerio G, Smith M. The intensive care management of acute ischemic stroke: an overview. *Intensive Care Med.* 2014 May;40(5):640-53. doi: 10.1007/s00134-014-3266-z. PMID: 24658914.

4. Bollaert P-E, Vinatier I, Orlikowski D, Meyer P (2010) Prise en charge de l'accident vasculaire ce' re'bral chez l'adulte et l'enfant par le re'animateur (nouveau-ne' exclu), (he'morragie me'ninge'e exclue): recommandations formalise'es d'experts sous l'e'gide de la Socie'te' de re'animation de langue franc,aise, Avec la participation du groupe francophone de re'animation et urgences pe'diatriques (GFRUP), de la socie'te' franc,aise neurovasculaire (SFNV), de l'association de neuro-anesthe'sie et re'animation de langue franc,aise (ANARLF), de l'agence de la biome'decine (ABM). *Reanimation* 19:471–478. doi:10.1016/j.reaurg. 2010.06.005

ВІД КОНТРОЛЮ БОЛЮ ДО УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ: СУЧАСНА АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ В ЕТИЧНОМУ ВИМІРІ

*Таран Руслан Миколайович,
аспірант кафедри анестезіології та інтенсивної терапії
Науковий керівник - д.філос.н., професор
Утюж Ірина Геннадіївна
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Анестезіологія історично формувалася як галузь медицини, головною метою якої було усунення болю та страждання під час хірургічних втручань. Саме контроль болю вважався її центральною етичною та клінічною функцією, що безпосередньо відповідала принципу благодіяння. Однак розвиток медичних технологій, ускладнення хірургічних процедур і розширення меж інтенсивної терапії поступово змінили фокус анестезіологічної практики. У сучасних умовах анестезіологія дедалі більше постає як дисципліна управління ризиками, що охоплює весь періоперативний період та має безпосередній вплив на виживання й якість життя пацієнта.

Зміна цієї парадигми супроводжується трансформацією етичних орієнтирів професії. Якщо раніше моральна легітимація анестезіологічного втручання ґрунтувалася передусім на зменшенні страждання, то сьогодні вона значною мірою пов'язана з мінімізацією ймовірності шкоди, прогнозуванням ускладнень і прийняттям рішень в умовах високої невизначеності. Таким чином, принцип благодіяння дедалі тісніше переплітається з принципом «не нашкодь», що змінює характер професійної відповідальності лікаря-анестезіолога.

Сучасна анестезіологія активно використовує інструменти ризик-менеджменту: стратифікацію пацієнтів за шкалами ризику, стандартизовані протоколи безпеки, чек-листи, алгоритми ведення критичних ситуацій та системи моніторингу життєвих функцій. Ці підходи значно підвищують рівень безпеки, проте водночас формують новий етичний контекст, у якому клінічне рішення дедалі більше набуває характеру колективного або алгоритмізованого процесу. У такій ситуації виникає питання про межі особистої відповідальності лікаря та можливість морального вибору в межах жорстко регламентованих протоколів.

Особливу етичну складність становить управління ризиками у пацієнтів із тяжкою супутньою патологією, високим анестезіологічним і хірургічним ризиком або в термінальних станах. Тут рішення анестезіолога виходять за межі технічної доцільності й безпосередньо торкаються питань пропорційності втручання, доцільності продовження інтенсивної терапії та меж підтримки життя. Управління ризиком у таких ситуаціях неминуче поєднується з етичними дилемами щодо якості життя, гідності пацієнта та допустимого рівня медичного втручання.