

ISSN 2311-6951; eISSN 1996-353X

Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця

НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ ВИДАННЯ
**УКРАЇНСЬКИЙ
НАУКОВО-МЕДИЧНИЙ
МОЛОДІЖНИЙ ЖУРНАЛ**

Видання індексується в Google Scholar,
Index Copernicus, WorldCat OCLC

ISSN 2311-6951; eISSN 1996-353X

Министерство здравоохранения Украины
Национальный медицинский университет
имени Богомольца

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ИЗДАНИЕ
**УКРАИНСКИЙ НАУЧНО-
МЕДИЦИНСКИЙ
МОЛОДЕЖНЫЙ ЖУРНАЛ**

Издание индексируется в Google Scholar, Index
Copernicus, WorldCat OCLC

ISSN 2311-6951; eISSN 1996-353X

Ministry of Health of Ukraine
Bogomolets National Medical University

THEORETICAL AND PRACTICAL EDITION
**UKRAINIAN SCIENTIFIC
MEDICAL YOUTH
JOURNAL**

Journal's indexing: Google Scholar, Index
Copernicus, WorldCat OCLC

Засновник – Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця МОЗ України
Періодичність виходу 4 рази на рік.

Журнал внесено до переліку фахових видань.

Галузі наук: медичні, фармацевтичні.
(наказ МОН України 09.03.2016 №241)

Реєстраційне свідоцтво КВ № 17028-5798ПР.

Рекомендовано Вченою Радою НМУ імені
О.О.Богомольця (протокол №4 від 27.05.2020р.)

Усі права стосовно опублікованих статей залишено за
редакцією.

Відповідальність за добір та викладення фактів у
статтях несуть автори, а за зміст рекламних матеріалів
– рекламодавці.

Передрук можливий за згоди редакції та з посиланням
на джерело.

До друку приймаються наукові матеріали, які
відповідають вимогам до публікації в даному виданні.

Основатель - Национальный медицинский
университет имени Богомольца МЗ Украины

Периодичность выхода 4 раза в год.

**Журнал включен в перечень профессиональных
изданий.**

Отрасли наук: медицинские, фармацевтические.
(Приказ МОН Украины 09.03.2016 №241)

Регистрационное свидетельство КВ № 17028-5798ПР.

Рекомендовано Ученым Советом НМУ имени
Богомольца (протокол №4 от 27.05.2020р.)

Все права в отношении опубликованных статей
оставлены за редакцией.

Ответственность за подбор и изложение фактов в
статьях несут авторы, а за содержание рекламных
материалов - рекламодатели.

Перепечатка возможна с согласия редакции и со
ссылкой на источник.

К печати принимаются научные материалы,
соответствующие требованиям к публикации в данном
издании.

Founder – Bogomolets National Medical University
Ministry of Health of Ukraine

Publication frequency – 4 times a year.

**The Journal is included in the list of professional
publications in Medical and pharmaceutical Sciences**
(order MES Ukraine 09.03.2016 № 241) Registration
Certificate КВ № 17028-5798ПР.

Recommended by the Academic Council of the
Bogomolets National Medical University, Kyiv (protocol
№4 of 27.05.2020)

All rights concerning published articles are reserved to the
editorial board.

Responsibility for selection and presentation of the facts in
the articles is held by authors, and of the content of
advertising material – by advertisers. Reprint is possible
with consent of the editorial board and reference. Research
materials accepted for publishing must meet the
publication requirements of this edition.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Голова редакційної колегії – д-р мед. наук, професор Кучин Ю.Л.

Члени редакційної колегії: Благая А.В., Бурлака Є.А., Гичка С.Г., Гололобова К.О., Гринзовський А.М., Гур'янов В.Г., Дєєва Ю.В., Демиденко Я.С., Журавель І.О., Зайченко Г.В., Захараш Ю.М., Кобиляк Н.М., Копчак А.В., Логвиненко І.П., Маланчук В.О., Мельник В.С., Омельчук С.Т., Понятовський В.А., Приходько І.І., Сидорчук О.І., Сокурєнко Л.М., Хайтович М.В., Худецький І.Ю., Чернищов П.В., Шепетько Є.М., Яременко О.Б., Ulrich Friedrich Wellner (University of Lubeck, Lubeck, Germany), John Quinn (Charles University, Prague, Czech Republic), Anthony Graeme Perks (University of Nottingham, Nottingham, United Kingdom), Piotr Donizy (Wroclaw Medical University, Wroclaw, Poland)

Головний редактор: Земсков С.В.

Заступники головного редактора: Наумова Л.О., Ніколаєнко С.І.

Відповідальний секретар: Гринзовська А.А.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Председатель редакционной коллегии – д-р мед. наук, профессор Кучин Ю.Л.

Члены редакционной коллегии: Благая А.В., Бурлака Е.А., Гичка С.Г., Гололобова Е.А., Гринзовський А.М., Гурьянов В.Г., Деева Ю.В., Демиденко Я.С., Журавель І.А., Зайченко А.В., Захараш Ю.М., Кобиляк Н.М., Копчак А.В., Логвиненко І.П., Маланчук В.А., Мельник В.С., Омельчук С.Т., Понятовський В.А., Приходько І.І., Сидорчук О.І., Сокурєнко Л.М., Хайтович Н.В., Худецький І.Ю., Чернищов П.В., Шепетько Е.Н., Яременко О.Б., Ulrich Friedrich Wellner (University of Lubeck, Lubeck, Germany), John Quinn (Charles University, Prague, Czech Republic), Anthony Graeme Perks (University of Nottingham, Nottingham, United Kingdom), Piotr Donizy (Wroclaw Medical University, Wroclaw, Poland)

Головний редактор: Земсков С.В.

Заместители главного редактора: Наумова Л.О., Николаєнко С.І.

Ответственный секретарь: Гринзовська А.А.

EDITORIAL BOARD

Chairman Of The Editorial Board: MD–PhD, Professor Kuchyn I.L.

Members of the Editorial Board: Blagaia A.V., Burlaka I.A., Gychka S.G., Hololobova K.O., Hrynzovskyi A.M., Gurianov V.G., Deyeva J.V., Demydenko Ya.S., Zhuravel I.O., Zaychenko G.V., Zakharash Yu.M., Kobyliak N.M., Kopchak A.V., Logvynenko I.P., Malanchuk V.O., Melnyk V.S., Omelchuk S.T., Poniatowski V.A., Prykhodko I.I., Sidorchuk O.I., Sokurenko L.M., Khaitovych M.V., Khudetskyi I.J., Chernyshov P.V., Shepetko E.N., Yaremenko O.B., Ulrich Friedrich Wellner (University of Lubeck, Lubeck, Germany), John Quinn (Charles University, Prague, Czech Republic), Anthony Graeme Perks (University of Nottingham, Nottingham, United Kingdom), Piotr Donizy (Wroclaw Medical University, Wroclaw, Poland)

Editor in Chief: Zemskov S.V.

Deputy Editor-in-Chief: Naumova L.O., Nikolaenko S.I.

Executive Secretary: Hrynzovska A.A.



Дорогі автори та читачі!

Проведення міжвідомчої науково-практичної конференції увійшло до Комплексного плану заходів з виховної роботи НМУ імені О.О.Богомольця на 2020-2021 н.р. Під час даного наукового заходу у НМУ імені О.О. Богомольця відбувся лекторій, в якому взяли участь викладачі кафедри судової медицини та медичного права НМУ, судові експерти та викладачі НАВС, судово-медичні експерти з різних міст України, фахівці з інтелектуальної власності, а також лікарі-інтерни і студенти НМУ та студенти Юридичного факультету НАУ.

Важливість такого заходу обумовлена необхідністю підвищення правових знань студентів задля дієвої ефективності із забезпечення прав людини в їх майбутній медичній та фармацевтичній практиці в умовах реформування системи охорони здоров'я.

Проведення міжвідомчої науково-практичної конференції «COVID-19: судово-медичні та юридичні аспекти» як комплексного підходу до розгляду актуальних питань прав людини, сформує не тільки якісно нові погляди на синтез науки і практики, але й надасть позитивні результати в оптимізації роботи правоохоронних органів, експертних установ, наукових і вищих навчальних закладів в царині забезпечення прав людини, прав пацієнта під час реформування суспільства, медичної та правової галузі нашої держави.

Dear authors and readers!

The scientific-practical conference was included in the Comprehensive Action Plan for the educational work of the Bogomolets NMU for the 2020-2021 academic year. During this scientific event at Bogomolets NMU, a lecture was held, which was attended by teachers of the Department of Forensic Medicine and Medical Law of the NMU, forensic experts and teachers of the National Academy of Internal Affairs, forensic medical experts from different cities of Ukraine, intellectual property specialists, intern doctors, students of NMU and students of the Law Faculty of National Aviation University.

The importance of such an event is due to the need to improve the legal knowledge of students for the effectiveness of ensuring human rights in their future medical and pharmaceutical practice in the context of reforming the healthcare system.

The holding of the interdepartmental scientific and practical conference "COVID-19: forensic-medical and legal aspects" as an integrated approach to the consideration of topical human rights issues, will form not only qualitatively new views on the synthesis of science and practice, but also provide positive results in optimizing the work of investigatory organs, expert institutions, scientific and higher educational institutions in the field of human rights, patient rights in reforming society, the medical and legal industry of our state.

ЗМІСТ/CONTENTS

Сторінки/Pages

**МІЖВІДОМЧА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
«COVID-19: СУДОВО-МЕДИЧНІ ТА ЮРИДИЧНІ АСПЕКТИ»**

**INTERDEPARTMENTAL SCIENTIFIC
AND PRACTICAL CONFERENCE
«COVID-19: FORENSIC-MEDICAL AND LEGAL ASPECTS»**

6 листопада 2020 року

5

АЛФАВІТНИЙ ЗМІСТ

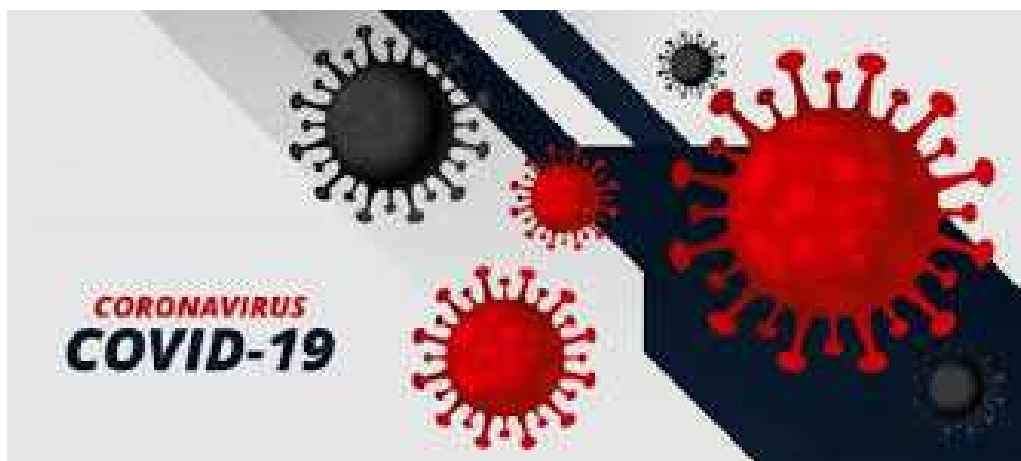
86

**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІНФРАСТРУКТУРИ ТА ТЕХНОЛОГІЙ
ІНСТИТУТ УПРАВЛІННЯ, ТЕХНОЛОГІЙ ТА ПРАВА
ІМЕНІ ГЕТЬМАНА ПЕТРА КОНОШЕВИЧА-САГАЙДАЧНОГО
ЮРИДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ВНУТРІШНІХ СПРАВ
КОЗ КОР «КИЇВСЬКЕ ОБЛАСНЕ БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ»**



**МІЖВІДОМЧА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
«COVID-19: СУДОВО-МЕДИЧНІ ТА ЮРИДИЧНІ АСПЕКТИ»**

**INTERDEPARTMENTAL SCIENTIFIC
AND PRACTICAL CONFERENCE
«COVID-19: FORENSIC-MEDICAL AND LEGAL ASPECTS»**



6 листопада 2020 року

ОРГКОМІТЕТ КОНФЕРЕНЦІЇ

1. **Михайличенко Б.В.**, завідувач кафедри судової медицини та медичного права Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор;

2. **Біляков А.М.**, професор кафедри судової медицини та медичного права Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор;

3. **Ергард Н.М.**, доцент кафедри судової медицини та медичного права Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, кандидат медичних наук, доцент; професор кафедри кримінального права і процесу Юридичного факультету Національного авіаційного університету;

4. **Плетенецька А.О.**, доцент кафедри судової медицини та медичного права Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, кандидат медичних наук;

5. **Кобилянський О.Л.**, професор кафедри кримінального права ІУТП Державного університету інфраструктури та технологій, кандидат юридичних наук, доцент, доктор філософії, доцент;

6. **Кофанов А.В.**, професор кафедри криміналістичного забезпечення та судових експертиз Навчально-наукового інституту № 2 Національної академії внутрішніх справ, кандидат юридичних наук, доцент, доктор філософії, доцент;

7. **Лихова С.Я.**, завідувач кафедри кримінального права і процесу Юридичного факультету Національного авіаційного університету, доктор юридичних наук, професор;

8. **Ворошилов К.Ф.**, начальник КОЗ КОР «Київське обласне бюро судово-медичної експертизи»;

9. **Шевчук В.А.**, лікар судово-медичний експерт відділу комісійних судово-медичних експертиз КЗ КОР «Київське обласне бюро судово-медичної експертизи», кандидат медичних наук, доцент.

Науковий захід проведено в рамках міжвідомчої науково-практичної конференції «**COVID-19: судово-медичні та юридичні аспекти**», затвердженої Вченою радою Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України від 26 жовтня 2020 року (протокол № 4). Матеріали конференції подаються в авторській редакції. Відповідальність за достовірність фактів, статистичних даних, точність викладеного покладається на авторів.

The scientific event was held within the framework of the interdepartmental scientific-practical conference «**COVID-19: forensic medical and legal aspects**» approved by the Academic Council of Bogomolets National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine (Protocol № 4 dated October 26, 2020). Proceedings of the conference are submitted in the author's edition. The responsibility for the accuracy of facts, statistics, accuracy of the above rests with the authors.

Бабкіна Тетяна Михайлівна

доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри радіології

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Смирнова Ганна Сергіївна

кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри радіології

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

БЕЗПЕЧНЕ ПРОВЕДЕННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

Спалах COVID-19 розпочався наприкінці грудня минулого року та був визнаний ВООЗ пандемією в березні 2020 р. [1]. За цей час були розроблені не тільки методичні рекомендації щодо діагностики та лікування інфекції, увага лікарів всього світу була також спрямована на мінімізацію ризиків, пов'язаних з передачею COVID-19 [2, 3].

Оскільки ультразвукова діагностика (УЗД) все частіше застосовується в умовах надання медичної допомоги за місцем потреби, особливо як один із методів діагностики пневмонії у пацієнтів із COVID-19 та в якості тривалого моніторингу таких хворих, важливим постало питання розгляду ультразвукового обладнання в якості потенційного чинника при передачі інфекції.

В березні 2020 року було опубліковано офіційне керівництво комітету по питанням безпеки (WFUMB Safety Committee) Всесвітньої федерації спеціалістів УЗД в медицині та біології (World Federation for Ultrasound in Medicine and Biology) в співпраці з експертами різних асоційованих федерацій [4]. Звісно, цей документ також може бути оновлено по мірі появи додаткової інформації, але надруковані на сьогодні дані є дуже корисними та мають застосовуватись на робочих місцях. По-перше, згідно документу WFUMB Safety Committee в час пандемії рекомендовано проводити планування прийому пацієнтів. Ультразвукові обстеження, в яких немає нагальної потреби, повинні бути відтерміновані або скасовані. По-друге, лікарі УЗД із специфічними проблемами зі здоров'ям, що становлять для них більш високий ризик, повинні бути відсторонені від проведення УЗД. Для зменшення ризику передачі інфекції важливо дотримуватись часу запланованих візитів та розширювати інтервали прийому пацієнтів. Якщо статус пацієнта підтверджено як інфікованого COVID-19, рекомендовано сканувати його в кінці прийому, щоб після нього обладнання та приміщення пройшли більш ретельне очищення та дезінфекцію.

Важливим аспектом є виконання персоналом гігієни рук до та після контакту з пацієнтом та потенційно інфікованими матеріалами, перед та після зняття засобів індивідуального захисту. Сканування датчиком рекомендовано виконувати однією рукою, а іншу руку використовувати для контакту з клавіатурою апарату. Кабінет УЗД повинен бути ретельно прибраний. До предметів для дезінфекції належать монітори, клавіатура, датчики, кабелі, контейнер з гелем, кушетка та інші предмети в кабінеті з високою частотою дотиків. Рівень дезінфекції залежить від ризику передачі інфекції.

Важливо зазначити, що за даними досліджень ультразвуковий гель був пов'язаний з численними спалахами інфікування. Тому в контексті пандемії COVID-19 рекомендовано використовувати одноразові нестерильні гелеві пакети для будь-якого зовнішнього УЗД в разі вірогідного або підтвердженого випадку COVID-19 (у разі їх відсутності можна використовувати багаторазові флакони; кришка флакону повинна залишатися весь час закритою, а зовні флакон гелю повинен проходити дезінфекцію низького рівня після прийому кожного пацієнта). Для будь-яких інтервенційних та внутрішньо-порожнинних процедур рекомендовано використовувати лише стерильні гелеві пакети для одноразового

використання.

Як показує наша практика, в цей непростий час дуже гостро стоїть питання навчання студентів та докторів на курсах з УЗД. Ця діагностична методика передбачає доволі тісний контакт лікаря та пацієнта, що може нести потенційну загрозу інфікування. В керівництві зазначено, що під час пандемії доцільно не допускати до участі в УЗД студентів чи стажерів. В навчальному процесі доцільно використовувати відео виклики, планшети та інші пристрої.

Висновки: в реаліях пандемії COVID-19 постає дуже важливе завдання мінімізації ризиків, пов'язаних з передачею вірусу. Дотримання рекомендацій, зазначених в WFUMB Safety Committee, допоможе знизити ризик інфікування під час УЗД як лікаря, так і пацієнта.

Список використаних джерел

1. Хронология действий ВОЗ по борьбе с COVID-19/ Вилучено з: <https://www.who.int/ru/news/item/29-06-2020-covid-timeline>.
2. Boelig, R. C., Saccone, G., Bellussi, F., & Berghella, V. (2020). MFM guidance for COVID-19. American journal of obstetrics & gynecology MFM, 2(2), 100106.
3. Наказ МОЗ України від 17.09.2020 № 2122 "Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)». Вилучено з: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-17092020--2122pro-vnesennja-zmin-do-standartiv-medichnoi-dopomogi-koronavirusna-hvoroba-covid-19>
4. Abramowicz J.S., Basseal J. (2020). Заявление о позиции WFUMB: как безопасно проводить ультразвуковое исследование и обеззараживать ультразвуковое оборудование в условиях COVID-19 (перевод на русский язык). Ультразвуковая и функциональная диагностика, 1, 12–23.

Берзіна Анжела Бахтіярлі

кандидат юридичних наук

старший викладач кафедри судової медицини та медичного права

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

ПРАВОМІРНІСТЬ ОБМЕЖЕННЯ ПРАВ ТА СВОБОД ЛЮДИНИ І ГРОМАДЯНИНА В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

Конституція України – це основний закон нашої держави. Конституція України проголошує принцип верховенства права, а це означає, що Основний Закон має найвищу юридичну силу, а усі закони та інші нормативно-правові акти повинні відповідати їй.

Захворювання на COVID-19 у 2020 році набуло характеру масового. Всесвітня організація охорони здоров'я визнала цей вірус пандемією. А це зумовило окремі кроки української влади у напрямку обмеження прав і свобод людини і громадянина, навіть тих, які згідно Конституції України, не можуть бути обмежені. У статті 64 Основного Закону визначено, що конституційні права і свободи людини і громадянина не можуть бути обмежені, крім випадків, передбачених Конституцією України. В умовах воєнного або надзвичайного стану можуть встановлюватися окремі обмеження прав і свобод із зазначенням строку дії цих обмежень. Не можуть бути обмежені права і свободи, передбачені статтями 24, 25, 27, 28, 29, 40, 47, 51, 52, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62 Конституції [1]. Однак, ні воєнного, ні надзвичайного стану в Україні у 2020 році оголошено не було. Тому справедливо виникають запитання правомірності обмеження прав і свобод людини і громадянина в Україні в умовах пандемії.

Мова йде зокрема про такі обмеження:

– заборона на проведення масових (культурних, розважальних, спортивних, соціальних, релігійних, рекламних та інших) заходів з кількістю учасників більше ніж 10 осіб;

– заборона роботи закладів громадського харчування (ресторанів, кафе тощо), торговельно-розважальних центрів (крім розміщених у них магазинів), діяльність закладів, що надають послуги з розміщення, закладів розважальної діяльності, фітнес-центрів, закладів культури;

– заборона здійснення регулярних та нерегулярних перевезень пасажирів автомобільним транспортом у міському, приміському, міжміському, внутрішньообласному та міжобласному сполученні, зокрема пасажирські перевезення на міських автобусних маршрутах у режимі маршрутного таксі;

– заборона закладам охорони здоров'я проведення планових заходів з госпіталізації;

– встановлення обов'язкової самоізоляції для осіб, які досягли 60-річного віку;

– вимога стосовно осіб, які потребують самоізоляції, постійного перебування у визначеному ними місці самоізоляції, утримання їх від контакту з іншими особами, крім тих, з якими спільно проживають;

– заборона перебування в громадських будинках і спорудах, громадському транспорті без вдягнутих засобів індивідуального захисту, зокрема респіраторів або захисних масок, що закривають ніс та рот, у тому числі виготовлених самостійно;

– заборона перебування на вулицях без документів, що посвідчують особу, підтверджують громадянство чи її спеціальний статус, без посвідчення про взяття на облік бездомної особи;

– заборона самовільно залишати місця самоізоляції, обсервації;

– заборона перетину державного кордону іноземцями та особами без громадянства (крім іноземців, осіб без громадянства, які постійно проживають на території України, та осіб, яких визнано біженцями, або осіб, які потребують додаткового захисту, працівників дипломатичних представництв та консульських установ іноземних держав, представництв офіційних міжнародних місій, організацій, акредитованих в Україні, та членів їх сімей, військовослужбовців (підрозділів) збройних сил держав — членів НАТО та держав — учасниць програми НАТО "Партнерство заради миру", які беруть участь у заходах з підготовки підрозділів Збройних Сил) без наявного поліса (свідоцтва, сертифіката) страхування, що виданий страховою компанією, яка зареєстрована в Україні, або іноземною страховою компанією, яка має представництво на території України чи договірні відносини із страховою компанією — партнером на території України (асистанс), та покриває витрати, пов'язані з лікуванням COVID-19, обсервацією, та діє на строк перебування в Україні;

– заборона перетину контрольних пунктів в'їзду на тимчасово окуповані території у Донецькій та Луганській областях, Автономної Республіки Крим та м. Севастополя та виїзду з них іноземцями та особами без громадянства без наявного поліса (свідоцтва, сертифіката) страхування, що виданий страховою компанією, яка зареєстрована в Україні, або іноземною страховою компанією, яка має представництво на території України чи договірні відносини із страховою компанією – партнером на території України (асистанс), та покриває витрати, пов'язані з лікуванням COVID-19, та діє на строк перебування в Україні.

Ці та інші обмеження були встановлені з прийняттям постанови Кабінету Міністрів України "Про встановлення карантину з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2" від 20.05.2020 р. № 392 [2].

Рівень обмежень прав і свобод людини і громадянина наразі також залежить від кольору, який присвоюється залежно від епідемічної ситуації в регіоні або в окремих адміністративно-територіальних одиницях регіону (встановлюються "зелений", "жовтий", "помаранчевий" або "червоний" рівень епідемічної небезпеки поширення COVID-19). Такий поділ наведений в постанові Кабінету Міністрів України «Про встановлення карантину та запровадження посилених протиепідемічних заходів на території із значним поширенням гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» від

22.07.2020 р. № 641 [3].

Слід згадати й рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням Верховного Суду України щодо відповідності Конституції України (конституційності) окремих положень постанови Кабінету Міністрів України “Про встановлення карантину з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, та етапів послаблення протиепідемічних заходів”, положень частин першої, третьої статті 29 Закону України “Про Державний бюджет України на 2020 рік”, абзацу дев’ятого пункту 2 розділу II “Прикінцеві положення” Закону України “Про внесення змін до Закону України “Про Державний бюджет України на 2020 рік”” [4].

КСУ наголосив, що обмеження конституційних прав і свобод людини і громадянина є можливим у випадках, визначених Конституцією України. Таке обмеження може встановлюватися виключно законом – актом, ухваленим Верховною Радою України як єдиним органом законодавчої влади в Україні. Встановлення такого обмеження підзаконним актом суперечить статтям 1, 3, 6, 8, 19, 64 Конституції України [4]. У той же час, правомірність обмежень прав громадян, пов’язаних зі станом їх здоров’я визначається тим, що можливість обмеження прав закріплена у законі; здійснення обмеження прав суворо регламентується положеннями нормативно-правових актів щодо процедури і правових наслідків таких обмежень; змістом обмеження є утримання від реалізації прав [5].

Оскільки у певних випадках обмеження стосувались основних і невід’ємних прав кожного, то виникає логічне запитання – чи не перевищили свої повноваження органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи в частині встановлення обмежувальних заходів? Адже відповідно до ст. 19 Конституції України, правовий порядок в Україні ґрунтується на засадах, відповідно до яких ніхто не може бути примушений робити те, що не передбачено законодавством [1]. Видається, що дещо перевищили.

Висновки. Співрозмірність рівня суспільної небезпеки потенційній загрозі COVID-19 викликає, щонайменше, певні сумніви. І таке твердження зроблене з урахуванням позиції МОЗ України стосовно важливості отримання додаткового часу для того аби підготувати вітчизняну систему охорони здоров’я, її інфраструктуру для лікування хворих на зазначену вірусну хворобу.

Перераховані обмеження прав і свобод людини і громадянина встановлені підзаконним нормативно-правовим актом, а не Законом України, як то вимагається. На цьому наголошує КСУ.

В Україні ні на початковому етапі запровадження карантину, ні пізніше, не був введений режим надзвичайного стану, тому викликає сумнів доцільність застосування обмеження прав і свобод людини і громадянина, а особливо деяких з них, зокрема тих, що стосуються свободи пересування, заборони відвідувати парки та сквери, заборони закладам охорони здоров’я проводити планові заходи з госпіталізації, встановлення обов’язкової самоізоляції для осіб, які досягли 60-річного віку. Окрім того, були й інші обмеження базових прав та свобод людини і громадянина, наприклад обмеження у реалізації права на роботу, на освіту тощо.

КСУ України не дав чіткої відповіді на запит ВСУ у рішенні, зазначеному вище, оскільки положення підзаконного нормативно-правового акту втратили чинність, тому питання залишається відкритим до подальших наукових дискусій.

Список використаних джерел

1. Конституція України : Конституція від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. С. 141.
2. Про встановлення карантину з метою запобігання поширенню на території України

гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2: постанова Кабінету Міністрів України від 20 травня 2020 р. № 392. *Офіційний вісник України*. 2020 р. № 43. Ст. 118.

3. Про встановлення карантину та запровадження посилених протиепідемічних заходів на території із значним поширенням гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2: постанова Кабінету Міністрів України від 22 липня 2020 р. № 641. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-vstanovlennya-karantinu-ta-zapr-641> (дата звернення 15.10.2020).

4. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням Верховного Суду щодо відповідності Конституції України (конституційності) окремих положень постанови Кабінету Міністрів України “Про встановлення карантину з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, та етапів послаблення протиепідемічних заходів”, положень частин першої, третьої статті 29 Закону України “Про Державний бюджет України на 2020 рік”, абзацу дев’ятого пункту 2 розділу II „Прикінцеві положення“ Закону України “Про внесення змін до Закону України “Про Державний бюджет України на 2020 рік”” від 28 серпня 2020 року № 10-р/2020 // Офіційний вісник України від 29.09.2020. 2020 р. № 76. Ст. 31.

5. Касумова А. (2015). Обмеження прав громадян, пов’язані зі станом їх здоров’я. *Право і суспільство*, № 4, ч. 4, 73-78.

Біляков Андрій Миколайович

доктор медичних наук, професор

професор кафедри судової медицини та медичного права

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

COVID – 19: ПРОФЕСІЙНІ РИЗИКИ СУДОВО-МЕДИЧНОГО ЕКСПЕРТА ТАНАТОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛУ

Наразі не існує медичних професій, які б уникли ризиків зараження медичного персоналу вірусом COVID-19. Судово-медична експертиза одна за небагатьох лікарських спеціальностей, фахівці якої працюють безпосередньо з потенційним джерелом зараження.

З 1995 року в судово-медичній експертизі порядок роботи з трупами регламентований Правилами проведення судово-медичної експертизи (дослідження) трупів в бюро судово-медичної експертизи [1]. Відповідно до них, не передбачено окремої процедури розтину в випадках гострозаразних захворювань. Додатком № 2 до правил передбачена процедура видачі тіл, згідно якої, трупи осіб, які померли від гострозаразних захворювань: висипний, черевний, поворотний тифи, дифтерії, дизентерії, скарлатини тощо, видаються родичам та іншим особам, які уповноважені на поховання, у щільно забитій труні. На дно труни необхідно насипати дезінфікуючі та всмоктуючі вологу речовини: торф, суха тирса, хлорне вапно.

Відповідно до рекомендацій, наданих CDC (Centers for disease Control and Prevention), Interim Guidance for Collection and Submission of Postmortem Specimens from Deceased Persons Under Investigation (PUI) for COVID-19, February 2020, в Україні було прийнято постанову №44 від 04.08.2020, яка затверджує рекомендації щодо безпечного поводження з тілами померлих осіб з підозрою або підтвердженням коронавірусної хвороби (COVID-19) [2]. Даним наказом було внесено зміни до вже існуючих рекомендацій, затверджених постановою Головного державного санітарного лікаря України від 27 березня 2020 року № 4.

Потенційний ризик передачі SARS-CoV-2 через контакт з тілами померлих осіб з підозрою або підтвердженим випадком коронавірусної хвороби (COVID-19) може бути пов’язаний з прямим контактом із тілом померлої особи або фізіологічними рідинами, в яких

присутній вірус SARS-CoV-2 чи з прямим контактом із забрудненими об'єктами. Відповідно до дослідження Національного інституту алергії та інфекційних хвороб США, життєздатний вірус можна виявити на пластику або нержавіючій сталі до трьох днів, на картоні біля доби, а на міді протягом чотирьох годин. Тож можливо, що вірус може зберігати контагіозні властивості, перебуваючи як на поверхні тіла, так і в його рідинах та тканинах.

За даними доцента Університету Манітоби мікробіолога J. Kindrachuk, під час першого спалаху ГРВІ в 2003 році, вірус грипу зберігав потенційну небезпеку в рідинах тіла 72 – 96 години [3]. Таким чином, як безпосередній контакт з тілом померлої людини, так і процедури, які сприяють виникненню аерозольної суспензії або дії, які можуть призвести до виникнення бризок під час розтину, становлять високий ризик передачі SARS-CoV-2. Тому особи, які безпосередньо контактують з тілами померлих від коронавірусної хвороби (COVID-19) осіб (підозра або підтверджений випадок), повинні використовувати засоби індивідуального захисту для уникнення ризику інфікування через контакт з фізіологічними рідинами хворого, контамінованими поверхнями та предметами. Мінімальний набір засобів індивідуального захисту: рукавички та водостійкий ізоляційний халат із довгими рукавами. Додатково рекомендовано використовувати медичну маску, окуляри або захисний щиток та медичну одноразову шапочку.

Однак на практиці судово-медичний експерт не знає щодо наявності чи відсутності у трупа SARS-CoV-2, адже згідно КПК України за постановою слідчого він має проводити розтини раптово померлих та померлих насильницькою смертю. В такому разі кожен труп є потенційно небезпечним джерелом зараження. Крім того, відповідно до прийнятих в Україні правил, рекомендується звичайне прибирання даних приміщень з подальшим проведенням заключної дезінфекції. Зважаючи на те, що в бюро судово-медичної експертизи більшість робочих поверхонь виготовлена з нержавіючої сталі та потенційну активність вірусу на ній протягом 3-х діб, робоче місце судово-медичного експерта в танатологічному відділі містить високі професійні ризики інфікування SARS-CoV-2.

Висновки: Відсутність інформації щодо можливого інфікування людини, розтин якої буде проводити експерт, безпосередній контакт з трупом, можливість виникнення бризок під час розтину, тривала потенційна активність вірусу на металевих поверхнях, створюють високі професійні ризики судово-медичного експерта танатологічного відділу для інфікування SARS-CoV-2.

Список використаних джерел

1. Правила проведення судово-медичної експертизи (досліджень) трупів у бюро судово-медичної експертизи. Наказ МОЗ №6 від 1995. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0257-95#Text>.
2. Про внесення змін до Тимчасових рекомендацій щодо безпечного поводження з тілами померлих осіб з підозрою або підтвердженням коронавірусної хвороби (COVID-19). Постанова №44 від 04.08.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0044488-20#Text>
3. Are dead bodies contagious? Your COVID-19 questions answered. URL: <https://www.cbc.ca/news/health/covid-questions-answered-bodies-1.5535139>.

Бондар Станіслав Степанович
кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри судової медицини та медичного права
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

ЗНИЖЕННЯ НЕБЕЗПЕКИ ЗАРАЖЕННЯ «КОРОНАВІРУСНОЮ ХВОРОБОЮ (COVID-19)» ПРАЦІВНИКІВ БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ – АКТУАЛЬНА ЗАДАЧА СЬОГОДЕННЯ

Захворювання «Коронавірусною хворобою (COVID-19)» населення планети у 2020 році ВООЗ визнала як пандемію. Перша вірусна грипозна пандемія, так звана «іспанка» була у 1918 році, яка за підрахунками фахівців забрала життя у десятків мільйонів людей, називали цифру 50 мільйонів, тоді як у I світовій війні 1914-1918 років, загинуло близько 20 мільйонів.

На сьогодні у світі зареєстровано зараження на COVID-19, більше 42 мільйонів людей, із яких померло 1200000 тисяч і ці цифри постійно збільшуються. На думку вірусологів, пандемія розтягнеться на рік-півтора, перехворіє 60-70% населення і захворюваність піде на спад, а групи ризику, для яких зустріч з «Коронавірусною хворобою (COVID-19)» може бути фатальною будуть захищені.

Проте іще невідомо як довго зберігається імунітет і наскільки він стійкий до повторного зараження, тим більше, що і у геномі вірусу фіксуються мутації, він змінюється, відповідно може змінюватися і ступінь вірулентності, чим можливо зумовлено збільшення кількості заражень, крім сезонного фактору.

На сьогоднішній день не існує стабільних протоколів лікування «Коронавірусною хворобою (COVID-19)» і дієвих ліків від неї. Вакцина знаходиться у стадії розробок та тестувань.

В той же час не існує 100% достовірних тестів на зараження коронавірусом COVID-19 (полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР)) та імунної відповіді на нього (імуноглобуліни М та G). Така ситуація робить профілактику зараження вірусом і використання і дотримання усіх методів і способів її здійснення надзвичайно важливою. Профілактичні міри для збереження від зараження можливо розділити на дві групи: індивідуальні та колективні (на виробництві, відпочинку і ін.). Дотримання індивідуальних мір профілактики залежить - від кожної особи, а колективно-виробничі, від умов які необхідно створити керівництву для унеможливлення, або мінімізації можливості зараження при здійсненні професійної діяльності.

У судово-медичній експертизі це також суворе дотримання індивідуальних та колективних мір профілактики при роботі з об'єктами експертизи.

У лікарів судово-медичних експертів, як і у лікарів клініцистів спостерігається значна кількість захворювань на COVID-19, яка значно перевищує показники захворюваності населення.

В Україні судово-медична експертиза проводиться в державних установах: Бюро судово-медичної експертизи. Державі, в особі керівників підрозділів закладів охорони здоров'я, для мінімізації зараження співробітників бюро коронавірусною інфекцією COVID-19 сьогодні необхідно забезпечити:

1. Безкоштовне надання співробітникам усіх необхідних предметів індивідуального захисту та забезпечити контроль за їх регулярною заміною.
2. Один раз на 5-7 днів (тиждень) проводити скринінг співробітників бюро, особливо відділу експертизи трупів, з метою виявлення зараження COVID-19 з подальшою ізоляцією та відповідним лікуванням хворих.
3. Усіма необхідними засобами підтримувати суворий санітарно-протиепідемічний режим в усіх виробничих приміщеннях.
4. Негайно виділити кошти для виготовлення технічної документації для розробки

проектів будівництва в першу чергу танатологічних відділів бюро судово-медичної експертизи, які б відповідали усім сучасним вимогам щодо проведення експертизи трупів, в тому числі, і при підозрі на особливо небезпечні захворювання.

Бондаренко Владислав Вікторович

кандидат медичних наук

доцент кафедри судової медицини, медичного правознавства

ім. засл професора М.С. Бокаріуса,

Харківській національній медичній університет

СОЦІАЛЬНИЙ ЗАХИСТ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УКРАЇНІ, У ЗВ'ЯЗКУ ІЗ ЗАХВОРЮВАННІСТЮ НА COVID-19

Згідно офіційних даних МОЗ України, велика кількість медичних працівників в країні інфікуються COVID-19 під час виконання своїх безпосередніх професійних обов'язків [1]. Це стосується не тільки лікарів інфекційних відділень, де на лікуванні перебувають хворі із COVID-19, але й лікарі інших спеціальностей, які щоденно виконують свої професійні обов'язки у лікувально-профілактичних закладах України. На жаль, деякі лікарі помирають від ускладнень від COVID-19, деякі отримують інвалідизацію та потребують тривалої реабілітації. У таких випадках логічним стає питання щодо реєстрації у медичних працівників саме професійного захворювання, у зв'язку із інфікуванням на COVID-19. Це питання стає дуже важливим у зв'язку з необхідністю відшкодування коштів державою на лікування, реабілітацію, виплати соціальних пільг, у зв'язку з отриманням інвалідності, нарахування соціальної пенсії для родичів померлого тощо.

Серед нормативно-правових документів, що регламентують перелік професійних захворювань в Україні, є Постанова Кабінету міністрів України № 1662 від 8 листопада 2000 року [2]. В цьому переліку є такі небезпечні інфекційні захворювання, як туберкульоз, СНІД, сибірська виразка, сифіліс тощо. 13 травня 2020 року Постановою Кабінету міністрів України були внесені зміни до цього переліку та додана гостра респіраторна хвороба COVID-19, спричинена коронавірусом SARS-CoV-2. Вона також вважається професійним захворюванням, якщо була спричинена у зв'язку з контактами з інфекційними хворими, інфікованими матеріалами чи переносниками захворювань [3].

Згідно цієї Постанови, до переліку осіб, яких може вразити COVID-19 є «медичні або інші працівники, що безпосередньо зайняті у ліквідації епідемії та здійсненні заходів із запобігання поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, та лікування пацієнтів із випадками гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» [3].

Відповідно до цього, лікарі інших спеціальностей, такі як хірурги, акушери-гінекологи, анестезіологи-реаніматологи, травматологи та інші, які при виконанні своїх безпосередніх професійних обов'язків контактували із хворими на COVID-19 та захворіли на цю небезпечну хворобу, навіть теоретично не зможуть отримати професійний статус такого захворювання.

Такий факт звичайно обурює медичну спільноту, спонукає звільнитись медичних працівників з посад, викликає соціальну несправедливість у суспільстві, ризикує залишити медичну галузь без фахівців, які від'їжджають до інших країн, де зараз має місце попит на медичних працівників. За умов недостатності індивідуальних засобів захисту в Україні, медичні працівники вимушені відмовляти у медичній допомозі хворим, що у підсумку може призвести до адміністративної та кримінальної відповідальності.

На наш погляд, державна політика повинна бути спрямована на утримання медичних працівників на місцях, відшкодування усіх витрат на лікування та реабілітацію, створення

соціальних гарантій для медичних працівників у випадках захворюваності на COVID-19.

Таким чином, вважаємо за доцільне внесення змін до Постанови Кабінету міністрів України № 1662 від 8 листопада 2000 року, зокрема, внесення до переліку осіб, які можуть отримати професійне захворювання гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2, категорію усіх медичних працівників, які інфікувались та захворіли на COVID-19 під час виконання своїх безпосередніх професійних обов'язків внаслідок лікування пацієнтів з лабораторно підтвердженим діагнозом COVID-19.

Список використаних джерел

1. Щоденний брифінг МОЗ щодо ситуації з коронавірусом в Україні. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3127320-za-dobu-v-ukraini-zahvorili-317-ditej-ta-337-medikiv.html>
2. Про затвердження переліку професійних захворювань. Постанова Кабінету міністрів України № 1662 від 8 листопада 2000 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1662-2000-%D0%BF#Text>
3. Про внесення зміни до переліку професійних захворювань. Постанова Кабінету міністрів України № 394 від 13 травня 2020 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/394-2020-%D0%BF#n2>

Бугайова Наталія Михайлівна

кандидат психологічних наук, провідний науковий співробітник,
лабораторія загальної психології та історії психології імені А. В. Роменця
Інститут психології імені Г. С. Костюка, НАПН України, м. Київ

ВПЛИВ ПАНДЕМІЇ COVID-19 НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я

На психічний стан здоров'я людини впливає ряд факторів: 1) психологічна реакція на пандемію і проблеми зі здоров'ям, що не пов'язані з коронавірусом; 2) психічні порушення у пацієнтів внаслідок захворювання на COVID-19; і 3) постковідний синдром, який включає відстрочені наслідки для організму людини, її нервової системи і психіки. SARS-CoV-2 проникає в нервову систему і головний мозок через рецепторні волокна нюхового нерва (чим викликається аносмія і агевзія), внаслідок інфікування ендотелію судин, за допомогою трансинаптичного перенесення або в результаті міграції всередині лейкоцитів, що долають гематоенцефалічний бар'єр і може впливати на функцію мозку[1]. У зарубіжних медичних виданнях активно обговорюється тема зростання числа суїцидів серед людей, які перенесли COVID-19, і аналізуються психіатричні та неврологічні порушення внаслідок впливу коронавірусу на організм і психіку. Проявами мультисистемних дій SARS-CoV-2 на організм людини, а саме на центральну нервову систему, є психіатричні та неврологічні розлади, що мають потенційно серйозні і довгострокові наслідки: психічні порушення та ізольовані психіатричні синдроми: делірій, депресію, сплутаність свідомості, дистимію, та інше [2]. Крім прямих наслідків впливу COVID-19 на центральну нервову систему, серйозну роль в дестабілізації психіки відіграють соціальні та економічні причини. У тривожних, недовірливих людей страх заразитися може потенціювати розвиток неврозів, нав'язливих станів, страхів, фобічних розладів (мізофобія, нозофобія, соціофобія, танатофобія), іпохондрії, панічних і депресивних станів [3].

Інформація про коронавірус, її недолік, надлишок або дезінформація сприяють підвищенню тривоги, появи страхів і паніки, а включення таких захисних механізмів психіки, як заперечення, уникнення і витіснення ведуть до ігнорування небезпеки захворювання, аж до розвитку анозогнозичної поведінки, коли навіть після діагностичного підтвердження у деяких хворих COVID-19 вони заперечують наявність у себе коронавірусної інфекції. Для весняного та осіннього періодів характерне загострення сезонних і хронічних захворювань. Відсутність

можливості хворих проходити необхідну діагностику і своєчасне лікування, особливо в умовах стаціонару, веде до зростання захворюваності серед населення, загострення хвороб і хроніфікації проблем зі здоров'ям, що вже існують, в тому числі психічних. Тривалі соціальні обмеження, інформаційний стрес, самотність, втрата роботи, фінансові проблеми, домашнє насильство, боязнь захворіти і заразити близьких людей, депресія, безсоння, відсутність ефективних ліків і вакцини від COVID-19, соціальна стигматизація сприяють розвитку психічних порушень і формуванню аутоагресивної поведінки.

В умовах пандемії фіксуються самогубства також внаслідок встановлення діагнозу COVID-19 [4]. Восени 2020 року в Україні виникла хвиля самогубств, пов'язаних із захворюванням на COVID-19. 14 вересня в Харкові викинувся з вікна 40-річний лікар-педіатр Олег Басілайшвілі, який нещодавно виписався з лікарні після лікування коронавірусної інфекції. 21 і 22 вересня в Київській лікарні №4 двоє чоловіків 68-ми і 42-х років, що проходили стаціонарне лікування від COVID-19 вчинили самогубство з різницею в один день, вистрибнувши з вікна другого поверху центрального корпусу. 9 жовтня в Дніпрі застрелився з травматичного пістолета 45-річний лікар-анестезіолог лікарні імені Мечникова. Причиною суїциду став позитивний тест на коронавірус. 19 жовтня з вікна 4-го поверху інфекційного відділення Олександрівської лікарні м. Києва, що є опорною по лікуванню хворих COVID-19, викинулася 60-річна жінка. 20 жовтня з вікна 4-го поверху київської лікарні №8 викинувся 68-річний пацієнт, хворий на коронавірус. 25 жовтня в Харкові 69-річний пацієнт ОКСДРЗН з важкою формою COVID-19, що знаходився в реанімації на апараті ШВЛ, викинувся з 4-го поверху. Напередодні він дзвонив своїм близьким і попрощався з ними. Того ж дня ще один пацієнт лікарні намагався вистрибнути з вікна, але його втримали за ноги. За свідченнями медичного персоналу лікувальних установ, деякі пацієнти з COVID-19 намагаються накласти на себе руки, наковтавшись таблеток, а змучені виснажливою хворобою, знімають вночі кисневі маски або висмикують трубки підключення до апарату ШВЛ, щоб припинити страждання і померти.

Причинами суїциду пацієнтів інфекційних відділень медичних закладів, призначених для лікування хворих COVID-19, можуть бути: психічні та неврологічні розлади: психози, спровоковані гіпоксією, інтоксикацією, виникненням мікротромбозів та ін., індуціювання, стрес, викликаний страхом інтенсивної терапії в реанімації, ятрогенія, боязнь інвалідизації, фінансові проблеми, що не дозволяють оплачувати лікування, відсутність підтримки з боку близьких, страх померти на самоті тощо. Серйозною проблемою в умовах пандемії є збереження здоров'я медичних працівників, які залучаються для лікування пацієнтів, хворих на коронавірус, що психологічно не готові до зіткнення з великою кількістю смертей, які набувають в умовах високої контагіозності COVID-19 особливу специфічність. У пацієнтів, які вмирають на самоті, немає можливості попрощатися з близькими. Єдиними, хто знаходиться поруч з вмираючими, є медпрацівники. Багато лікарів і медсестер не мають повноцінного відпочинку, знаходяться в стані постійного стресу через рівень підвищеної небезпеки на роботі внаслідок контактування зі смертельно небезпечною вірусною інфекцією і відсутністю повноцінних засобів індивідуального захисту. Посилений режим роботи медичного персоналу призводить до перевтоми, зниження імунітету, ослаблення самоконтролю і концентрації уваги, через що ймовірність помилок у забезпеченні власної безпеки різко зростає, що так само є важливим фактором підвищеного рівня захворюваності та психічних порушень серед медпрацівників і формування у них суїцидальної поведінки. В Європі та США регулярно з'являються повідомлення про самогубства, що здійснюють лікарі та медсестри [5, 6]. Неврологічні та психічні наслідки COVID-19 є серйозною клінічною проблемою, яку необхідно враховувати при призначенні комплексної терапії [7]. Хронічний стрес, розлади настрою, зловживання психоактивними речовинами, збільшують ризик виникнення психічних порушень і підвищують небезпеку розвитку суїцидальної поведінки [8], що в свою чергу, чинить негативний вплив на соціальне і трудове життя медичних

працівників, а також людей, які перенесли COVID-19. Для збереження психічного здоров'я населення необхідно проводити цілеспрямовану роботу, націлену на профілактику психічних порушень у пацієнтів, хворих на COVID-19 і мінімізацію негативних відставлених наслідків на організм людини, її нервову систему і психіку в умовах пандемії.

Список використаних джерел

1. Adeel S. Zubair et al. (2019) Neuropathogenesis and Neurologic Manifestations of the Coronaviruses in the Age of Coronavirus Disease JAMA Neurology. Published online May 2020. doi:10.1001/jamaneurol.2020.2065
2. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates (October 2020). QJM: An International Journal of Medicine, Volume 113, Issue 10, Pages 707–712 URL: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa202>
3. Berezina Olena (2020). The influence of long term social isolation on the formation of fears. / Fundamental And Applied Researches In Practice Of Leading Scientific Schools”, URL: <https://fdotadotr.wordpress.com>
4. Бугайова Н.М. (2020). Аналіз впливу довготривалої соціальної ізоляції на психіку людини. Усамітнення та самотність в житті особистості: збірник тез за матеріалами круглого столу (on-line, 24 квітня 2020 р.). Київ: електронна бібліотека НАПН України, 100 с., С. 8-12. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/720390/1/>
5. В Італії медик наклала на себе руки через страх, що була рознощиком COVID-19. (26 березня 2020). Корреспондент.net, URL: <https://ua.korrespondent.net/world/4209652-v-italii-medyk-naklala-na-sebe-ruky-cherez-strakh-scho-bula-roznoschykom-COVID-19>
6. Не витримала стресу: лікар з Нью-Йорка наклала на себе руки через Covid-19. (28 квітня 2020) ГЛАВКОМ, URL: <https://glavcom.ua/news/ne-vitrimala-stresu-likar-z-nyu-yorka-naklala-na-sebe-ruki-cherez-covid-19-676491.html>
7. Psychiatric face of COVID-19. Steardo Jr. et al. Translational Psychiatry (2020). 10:261, URL: <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00949-5>
8. Costantino Iadecola, Josef Anrather and Hooman Kamel (2020). Effects of COVID-19 on the Nervous System. Feil Family Brain and Mind Research Institute, Clinical Translational Neuroscience Unit, Weill Cornell Medicine, New York, NY 10021, USA, URL: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.08.028>

Варуха Катерина Володимирівна

кандидат медичних наук,
асистент кафедри судової медицини та медичного права
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Федорова Олена Анатоліївна

кандидат медичних наук,
асистент кафедри судової медицини та медичного права
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Бабкіна Олена Петрівна

доктор медичних наук, професор
професор кафедри патофізіології
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

СКЛАДНОЩІ ПОСТМОРТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ COVID-19 В СУДОВО-МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

В зв'язку з оголошеною пандемією коронавірусної хвороби, на адресу медиків закидають звинувачення у викривленні статистики захворюваності на COVID-19 й смертності в бік їх збільшення. І якщо встановлення діагнозу у живих осіб не викликає

особливої важкості, то постмортальна діагностика коронавірусної хвороби викликає певні складнощі, пов'язані з різними факторами. Насамперед це пов'язано з неоднозначним підходом до встановлення основної та безпосередньої причини смерті. До того ж, у різних країнах світу теж не існує єдиного загального підходу до постановки діагнозу COVID-19.

Судові медики та патоморфологи деяких країн світу діагностують смерть від COVID-19 за умови наявності позитивного тесту на коронавірусну хворобу за життя пацієнта. Однак, в інших країнах, основною причиною смерті від нової хвороби вважають тоді, коли особа помирає внаслідок розвитку безпосереднього ускладнення у вигляді пневмонії або гострого респіраторного дистрес-синдрому (ГРДС) та лабораторно підтвердженого діагнозу. Вітчизняні патоморфологи ще дотримуються думки й про те, що також вкрай необхідним в випадках припустимої хвороби пацієнта на COVID-19 є вірусологічне дослідження.

Попри те, що в Протоколі «надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)[1] був вказаний її шифр за МКХ-10: U07.1 2019-nCoV – гостра респіраторна хвороба (тимчасова назва), встановлення причини смерті, припустимо асоційованої з коронавірусною хворобою, лишається нелегким з багатьох причин. Основними з них є:

1. відсутність відомостей про, хоча б, кілька клінічних симптомів, притаманних саме новій хворобі за життя особи;
2. відсутність швидких у виконанні та об'єктивних додаткових судово-медичних методів дослідження.

Зрозуміло, що дехто зі хворих на COVID-19, особливо самотніх осіб старечого віку, не звертались по медичну допомогу й лікувались вдома. При настанні смерті від ускладнень коронавірусної хвороби катанестичні дані про це можуть бути відсутні у розпорядженні експерта.

Окрім того, в практиці судово-медичних експертів ще відсутні науково обґрунтовані критерії, завдяки яким можливо було б достеменно пов'язувати безпосередню причину смерті особи лише з коронавірусною хворобою.

Виявлення при розтині деяких макроскопічних ознак враження легень (темно-червоний, майже до чорного колір, різкий набряк тканини та м'ясистоподібна щільність; ерозії слизової шлунку) та інших органів(за словами судмедексперта І. Беженара) та результатів судово-гістологічного дослідження все ж не дає можливість об'єктивної постановки діагнозу COVID-19 [3]. Достеменно відомо, що коронавірус може жити в організмі померлого 2 години, припустимо – до 8-10 годин. В такому випадку, колеги-патоморфологи ще встигають взяти біоматеріал для вірусологічного дослідження. Судово-медичним експертам тіло потрапляє на розтин в значно більший час, отже час для вилучення зразку для дослідження й підтвердження про можливе зараження особи на коронавірусну хворобу втрачається [2].

Отже, таким чином стає вочевидь, що судово-медичне встановлення причини смерті особи від COVID-19 наразі є проблематичним і вимагає негайної теоретичної розробки.

Список використаних джерел

1. Наказ МОЗ України від 02.04.2020 р. № 762 «Про затвердження "Про затвердження протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)»
2. Ретроспективна діагностика причини смерті, асоційованої з Covid-19, в судово-медичній практиці (розбір власних клінічних Випадків та огляд літературних джерел) / Федорова О. А., Волобуєв О. Є., Варуха К. В., та ін. Вісник морської медицини 2020, №3(88), 8-15.
3. О. Омелянчук. Родичі померлих бояться самоізоляції більше за хворобу. Reporters. (2020) URL: <https://www.reporters.media/rodychi-pomerlyh-boyatsya-samoizolyatsiyi-bilshe-zahvorobu/>

Вертипорох Жанна Віталіївна

лікар судово-медичний експерт

Чернігівське обласне бюро судово-медичної експертизи

РОЛЬ АНАМНЕСТИЧНИХ ДАНИХ ПОМЕРЛОГО ЯК ОДНІЄЇ З БАЗОВИХ СКЛАДОВИХ АЛГОРИТМУ РОБОТИ СУДОВО-МЕДИЧНОГО ЕКСПЕРТА В УМОВАХ ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ ЗАРАЖЕННЯ COVID-19

На даний час країни всього світу об'єднані вирішенням питань щодо діагностування, лікування та запобігання поширенню коронавірусної хвороби. Перші спалахи було зафіксовано у грудні 2019 року в м. Ухань, Хубей, КНР. Збудником даної хвороби є вірус SARS-CoV-2. Від 11 березня 2020 року у зв'язку з «тривожними показниками розповсюдження інфекції та тяжкістю її наслідків» ВООЗ спалах коронавірусної хвороби (COVID-19) було визнано пандемією. [1]

Станом на 25 жовтня 2020 року в усьому світі було зареєстровано понад 42 мільйони випадків та 1,1 мільйона смертей, за попередній тиждень було зареєстровано понад 2,8 мільйони нових випадків та майже 40 000 нових випадків смерті. [2]

Наказом МОЗ від 15.07.2020 року №1604 «Про затвердження Переліку посад медичних та інших працівників, що безпосередньо зайняті у ліквідації епідемії та здійсненні заходів із запобігання поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, та лікування пацієнтів із випадками гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2», до переліку включено лікаря судово-медичного експерта, оскільки в своїй роботі він контактує з трупами, потерпілими та обвинуваченими особами. [3]

Часто в своїй роботі судово-медичному експерту доводиться працювати з трупом, не знаючи його анамнезу життя та хвороби. Це пов'язано з недостатністю збору інформації на всіх ланках: від смерті людини до проведення розтину в морзі: нехтування детальним оглядом місця події (особливо, якщо це житло померлого), його речей та слідів біологічного походження поряд з трупом, ознайомленням з наявною медичною документацією, збором інформації від родичів та кола його оточуючих щодо скарг, анамнезу захворювань, способу життя, симптомів які передували ускладненню стану, професійних шкідливостей і так далі.

В більшості випадків, даних, які отримує експерт в процесі ознайомлення з описовою частиною постанови про призначення судово-медичної експертизи недостатньо для повноцінного розуміння ситуації та оцінки ступеню ризику при роботі з трупом, особливо це стосується орієнтовно ненасильницьких видів смерті, у зв'язку з низьким ступенем уваги до померлого від моменту його виявлення.

Це питання актуальне завжди. Перш за все, іноді ми забуваємо про те, що існують захворювання з мінімальними чи непомітними неозброєним оком органічними змінами, так звані функціональні порушення. Смерть в таких випадках може настати раптово, до моменту розвитку виражених органічних змін в уражених органах та системах, оскільки тривалість життя залежить від компенсаторних можливостей організму. Але це не зменшує їх ролі в симптоматичних проявах за життя людини, погіршення якості життя, прогресування захворювання. Крім того, в більшості випадків основне захворювання має велике розмаїття ускладнень, які в послідуєчому і стають безпосередньою причиною смерті. Тому для розуміння, якісної оцінки і формування цілісності всієї картини захворювання експерту дуже важливо максимально володіти інформацією про його перебіг.

Однак, на даний час, в умовах пандемії COVID-19, крім вище описаного, робота експерта значно ускладнюється щоденним високим ризиком зараження. В таких умовах роботу експерта можна порівняти з роботою сапера – часто невидима зовні підвищена небезпека, потрібно уважно та прискіпливо підходити до процесу, працювати з трупом, використовуючи всі доступні методи захисту – до кожного випадку підходити як до

потенційної загрози зараження. Починаючи від моменту проведення огляду місця події та, зокрема, огляду трупа за участі спеціаліста (як судово-медичного експерта так і лікаря чи фельдшера) і закінчуючи видачею трупа з моргу та його похованням.

Звісно, це не знімає відповідальності і обов'язку працювати максимально обережно з кожним, як і завжди, але хоча б орієнтовна інформація дозволяє правильно побудувати робочий процес: загострення уваги на індивідуальному захисті, мінімізація тривалості роботи з трупом без збитку для якості, проведення розтину в останню чергу, щоб дати можливість відразу покинути секційну залу всьому персоналу та провести її знезараження.

Крім того, необхідно пам'ятати, що завжди існує ризик зараження експерта під час секції вірусом SARS-CoV-2, коли він виступає в ролі супутнього захворювання, без наявності пневмонії вірусного генезу, її наявності але в недостатньому ступені розвитку для настання смерті, органічних проявах інших захворювань, які не викликають сумніву у безпосередній причині смерті або ж при насильницьких видах смерті.

Окремим питанням є робота експерта відділу обвинувачених потерпілих та інших осіб з живими людьми, які, безумовно, можуть бути як в стадії виражених клінічних проявів так і безсимптомними носіями.

Саме тому, на нашу думку, більш прискіпливе ставлення до дрібниць та взаємоповага між експертами, тісна робота з слідчими та оперативними працівниками, обмін інформацією можуть суттєво покращити якість кінцевого результату. Не потрібно забувати що проведення судово-медичної експертизи – це складний цілісний процес, який складається з багатьох ланок, в тому числі і інформаційної.

Список використаних джерел

1. Веб-сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я. World health organization (2020). URL: <https://www.who.int/ru/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
2. Веб-сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я. World health organization (2020). Weekly epidemiological update - 27 October 2020. URL: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---27-october-2020>
3. Наказ МОЗ України від 15.07.2020 №1604 «Про затвердження Переліку посад медичних та інших працівників, що безпосередньо зайняті у ліквідації епідемії та здійсненні заходів із запобігання поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, та лікування пацієнтів із випадками гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2». МОЗ України. (2020). URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-15072020-1604-pro-zatverdzhennja-pereliku-posad-medichnih-ta-inshih-pracivnikiv-schobezposeredno-zajnjati-u-likvidacii-epidemii-ta-zdijsnenni-zahodiv-izzapobigannja-poshirennju-gostroi-respiratornoi-hvorobi-covid-19>.

Волобуєв Олександр Євгенійович

асистент кафедри судової медицини та медичного права
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Бабкіна Олена Петрівна

доктор медичних наук, професор
Київське міське клінічне бюро судово-медичної експертизи

Дубровська Ольга Миколаївна

завідуюча організаційно-методичним відділом
ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи» МОЗ України

Недлінська Тетяна Юрївна

лікар судово-медичний експерт судово-медичного відділу
ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи» МОЗ України

ДІАГНОСТИКА ТА ЗМІНИ В ЛЕГЕНЯХ ПРИ COVID-2019 НА АУТОПСІЇ

Актуальність: 11 березня 2020 року Всесвітня організація охорони здоров'я визначила спалах COVID-19 в світі як пандемію, що призвело до чотирьох можливих сценаріїв COVID-19, для країн. Випадки пневмонії невідомої етіології були вперше виявлені в грудні 2019 року в місті Ухань, провінція Хубей, центральний Китай, про що китайська влада повідомила Всесвітню організацію охорони здоров'я (ВООЗ) 31 грудень 2019 року. Згодом, у 2020 році (11 лютого) захворювання було офіційно названо SARS-CoV-2 або 2019-nCoV (коронавірусна пневмонія COVID-2019). Тобто, був виявлений новий вірус, що викликає розвиток респіраторних захворювань у людини, а саме гострого респіраторного захворювання COVID-19, який може передаватися від людини до людини. Глобальні дослідження COVID-19 показують широко розповсюджену небезпечну інфекцію, важку захворюваність і високий рівень смертності майже в усіх країнах світу, незважаючи на безпрецедентні заходи щодо запобігання.

Метою роботи став аналіз виявлення і наслідків випадків на COVID-19 серед населення України і змін при розтині. Матеріалом дослідження послужили дані, опубліковані на сайтах Міністерства охорони здоров'я України, Кабінету Міністрів України та міжнародних майданчиках.

Обговорення: Незважаючи на прийняття країнами всього світу надзвичайних заходів щодо поширення COVID-2019, спостерігається високий рівень захворюваності і смертності населення країн [1]. У 2020 році (11 березня) ВООЗ виявила спалах пандемії COVID-19 у світі, розглянувши чотири можливі сценарії розвитку COVID-19 в країнах. Керівництвами по готовності і реагуванню на COVID-19 були розроблені заходи для кожного сценарію. Крім того, були оновлені рекомендації для лікарів «Клінічне ведення важкої гострої респіраторної інфекції при захворюванні COVID-19», створені керівництва по інформуванню про ризики і план участі громадськості щодо карантинних заходів ВООЗ по COVID-19 [2-5]. В Україні коронавірусна інфекція COVID-2019 вперше була зафіксована 3 березня 2020 року на Буковині в Чернівцях, перший летальний випадок - 13 березень 2020 року. Станом на 28 жовтня 2020 р. в Україні зареєстровано 355601 осіб, які інфіковані COVID-2019, з них 6590 загинули (за винятком окупованої території Донбасу та анексованого Криму). Стрімке зростання інфікованих (на 65%) сталося 28-29 березня. На жаль, кількість смертей зростає, що становить 1,9% від загального числа інфікованих в Україні, що на 0,8% менше, ніж кількість смертей в світі, де цей показник сягає 2,7% від загального числа інфікованих. На сьогоднішній день інфікованих, які видужали від COVID-2019 становить 40,8% від загального числа інфікованих в Україні проте, на 32,7% менше, ніж число інфікованих, які видужали від COVID-2019 у світі.

Слід зазначити, що серед інфікованих COVID-19 в Україні найчастіше це особи у віці 30-60 років і складають 62%, з інших вікових груп (наприклад, до 20 років - близько 4%, 21-

29 років - до 11%, 61-70 років - близько 15%). Серед тих, хто помер від COVID-19, більшість людей мали в анамнезі хронічні захворювання, у більшості з яких були серцево-судинні захворювання та цукровий діабет, а також спостерігалися онкологічні захворювання, захворювання нирок, обструктивні захворювання легень та ожиріння.

За деякими даними, COVID-19 вражає не тільки легені, але й інші органи людини (серце, печінку, нирки, кровоносну, ендокринну системи та мозок). Кардіолог Джозеф Бреннан наголосив, що COVID-19 має тривалий вплив на організм, і він може бути незворотнім [6]. У Таїланді зафіксовано смерть судмедексперта через ускладнення, викликане коронавірусом. Передбачається, що експерт не контактував з іншими людьми, окрім померлого, під час своєї роботи. Вважається, що легені людей, які померли від пневмонії, викликані новою інфекцією, можуть бути небезпечними, якщо з ними поводитися не належним чином під час розтину [7].

Ми провели розтин з лабораторно підтвердженим діагнозом COVID-19. При цьому були встановлені макроскопічні зміни в легенях, характерні на ранніх стадіях вірусної пневмонії: легені по розкритті грудної клітки виповнювали її порожнину. В плевральній порожнині зліва та справа визначалося по 100 мл жовтувато-рожевої рідини (ознаки серозно-геморагічного запалення). В трахеї та бронхах визначалася невелика кількість пристінкового прозорого слизу. Слизова оболонка трахеї та головних бронхів гіперемована, рожево-червонувата, потовщена, з розширеною судинною сіткою та крапковими світло-червоними крововиливами. Легенева плевра обох легень дещо набрякла, з крапковими та плямистими темно-червоними крововиливами під нею. Верхні частки обох легень без змін. Нижні частки обох легень та середня частка правої легені на дотик ущільнені, безповітряні, на розрізах тканина повнокровна, червоно-коричневого забарвлення. При перевірці на повітряність шматочків легеневої тканини – нижні частки обох легень та середня частка правої легені частково тонули у воді, що свідчить про порушення газообміну в цих частках. Легеневі та біфуркаційні лімфатичні вузли збільшені, набряклі, сірувато-червонувато-бурі, на розтинах однорідні.

При мікроскопічному легенів і трахеї: в легенях альвеоли в більшій частині виповнені серозно-геморагічним ексудатом з групами численних десквамованих альвеолоцитів та альвеолярних макрофагів, серед яких визначаються гігантські багатоядерні клітини. Міжальвеолярні перетинки потовщені за рахунок набряку та рясної лімфо-макрофагальної інфільтрації, подекуди склерозовані з проліферацією інтерстиціальних клітин. Повнокров'я судин з еритроагрегацією, вогнищами скупчень еритроцитів у перівскульярній стромі. Епітелій слизової оболонки трахеї десквамований. Набряк підслизової тканини з вогнищеворихлою лімфоїдною інфільтрацією, вогнищ рихлих скупчень еритроцитів, різким повнокров'ям судин з еритроагрегацією. Були виявлені морфологічні ознаки важкого гострого респіраторного дістрес-синдрому з розвитком фіброзуючого альвеоліту із розповсюдженим серозно-геморагічним ексудатом, катарально-десквамативний трахеїт.

Висновки: Таким чином, можна стверджувати, що в Україні, як і в усьому світі з кожним днем зростають випадки інфікування, викликаного корона вірусом COVID-19. В Україні більша кількість інфікованих спостерігається серед осіб у віці 30-60 років і їх кількість постійно зростає, збільшується кількість смертельних випадків, що викликає занепокоєння. Що доводить необхідність повного дотримання рекомендацій МОЗ України та відповідних заходів ВООЗ в Україні, а також в країнах з COVID-19.

Список використаних джерел:

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. Коронавірусна хвороба 2019 (COVID-19): Звіт про ситуацію - 39. 2020 р.; URL: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200228-sitrep-39-covid-19.pdf?sfvrsn=5bbf3e7d_4 - назва з екрану.
2. URL: <https://moz.gov.ua/> - назва з екрану.

3. URL: <https://index.minfin.com.ua/reference/coronavirus/ukraine/> - назва з екрану.
4. URL: <https://www.who.int/ru/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> - назва з екрану.
5. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=68402 - назва з екрану.
6. URL: <https://www.rbc.ua/rus/stylar/vrachi-sdelali-ugrozhayushchee-zayavlenie-1587358502.html> - назва з екрану.
7. URL: <https://argumenti.ru/world/2020/04/660570> - назва з екрану.

Гуров Олександр Михайлович

доктор медичних наук, професор
завідувач кафедри судово-медичної експертизи
Харківська медична академія післядипломної освіти

Щербак Віталій Володимирович

кандидат медичних наук
доцент кафедри судово-медичної експертизи
Харківська медична академія післядипломної освіти

Гладких Дмитро Борисович

кандидат медичних наук
асистент кафедри судово-медичної експертизи
Харківська медична академія післядипломної освіти

Дудник Вадим Вікторович

аспірант кафедри судово-медичної експертизи
Харківська медична академія післядипломної освіти

МІКРОСКОПІЧНІ ОЗНАКИ ГОСТРОГО РЕСПІРАТОРНОГО ДИСТРЕС-СИНДРОМУ ПРИ COVID-19

Наприкінці 2019 року у світі набула поширення нова гостра респіраторна вірусна інфекція, збудником якої є коронавірус SARS CoV-2 – коронавірусна хвороба COVID-19. Кількість випадків захворювання та смерті, що реєструються в Україні, вже налічує сотні тисяч хворих та тисячі померлих громадян. Якщо на початку пандемії поодинокі трупи померлих від COVID-19 досліджували працівники патологоанатомічної служби, то наразі зростання випадків настання смерті поза межами лікувальних закладів зумовило залучення до цієї роботи працівників судово-медичних експертних установ. Діагностика COVID-19 ґрунтується на певних морфологічних проявах захворювання та його ускладнень. Одним з найчастіших та тяжких ускладнень COVID-19 є розвиток гострого респіраторного дистрес-синдрому (ГРДС).

Причиною розвитку ГРДС окрім інфекційної патології, зокрема COVID-19, може бути черепно-мозкова травма, травми, що супроводжуються розвитком шоку, асфіктичний стан при аспіраціях, інтоксикація наркотичними (героїн) та іншими речовинами [1, 2]. Морфологічним проявом ГРДС у легенях є дифузне альвеолярне ушкодження (ДАУ), яке має специфічні макроскопічні та мікроскопічні ознаки.

Морфологічні прояви ДАУ, що виникають внаслідок дії коронавірусів, були добре вивчені у період пандемії SARS CoV у 2002-2004 роках [3, 4]. Подібне ДАУ також спостерігається у випадках смерті обумовлених COVID-19 [5, 6, 7, 8, 9, 10]. Морфологія ДАУ характеризується гострим ураженням коміркового епітелію та ендотелію судин, що призводить до порушення цілості альвеолярно-капілярної мембрани з подальшим розвитком запальної реакції, що зумовлена активацією медіаторів запалення (цитокінів ІЛ-8, ІЛ-1, фактору некрозу пухлин (TNF) та інших).

Перебіг ДАУ поділяють на дві фази. Перша фаза – ексудативна, що триває протягом перших одного-двох тижнів, характеризується: 1. гіперемією капілярів міжкоміркових

перегородок, легеневих артерій та вен; лейкостазами; поодинокими мегакаріоцитами у капілярах міжкоміркових перегородок; 2. порушеннями реологічних властивостей крові (сладж еритроцитів, фібринові тромби різного «віку»); 3. виразним альвеолярно-геморагічним синдромом з формуванням вогнищ інфаркту легень, який визначають характерною морфологічною ознакою ураження легень при COVID-19; вогнищеві скупчення гемосидерофагів у просвітах комірок та навколо судин; 4. дифузним зниженням повітряності легень за рахунок поширеного внутрішньоальвеолярного набряку, окрім набрякової рідини просвіти комірок містять еритроцити, макрофаги, поодинокі нейтрофільні лейкоцити, лімфоцити; 5. десквамацією пластів та поодиноких клітин епітелію легеневих комірок та бронхіол з оголенням базальних мембран, цілісність яких не порушена; 6. гіаліновими мембранами, які утворені за рахунок преципітації білків плазми крові, містять фібрин і залишки десквамованих альвеолоцитів та розташовані по внутрішньому контуру комірок та протоків і можуть розповсюджуватися до бронхіол; 7. ознаками цитопатичного ефекту – появою атипичних альвеолоцитів II типу (великих розмірів, неправильної форми, ядра великі з виразним хроматином та чітко вираженими ядерцями, в цитоплазмі навколо ядер подекуди є концентричне просвітління та спостерігаються круглі базофільні включення, які характерні для вірусного ураження, фігури мітозу), частина їх десквамована у просвіт комірок; 8. гіперплазією альвеолоцитів II типу в ділянках злушеного епітелію з утворенням симпластів; 9. інфільтрацією моноцитами і макрофагами міжкоміркових перетинок; слабкою або помірною інфільтрацією лімфоцитами та плазмоцитами навколо судин, бронхів, у стінках деяких дрібних судин та в товщі міжкоміркових перетинок (інтерстиційне запалення); 10. проявами аутофагії (цитофагії) – в просвітах комірок знаходяться макрофаги в цитоплазмі яких містяться уламки різних клітин (апоптозні тільця).

Друга фаза ДАУ – проліферативна, вона спостерігається після ексудативної фази і характеризується: 1. накопичення у просвітах комірок фібрину різної «вікової» трансформації; 2. розростанням грануляційної тканини в частині комірок у вигляді поліпів; 3. ремоделюванням легеневої гістоархітекtonики з утворенням великої кількості кистоподібних або щілиноподібних структур, які розділені товстими фіброзними перетинками та вкриті альвеолоцитами II типу, також спостерігається плоскоклітинна метаплазія альвеолоцитів; 4. інтерстеційним запаленням з потовщенням та набряком міжкоміркових перетинок.

Встановлення судово-медичним експертом-гістологом вказаних змін дозволяє зазначати їх як дифузне альвеолярне ураження легень, що є морфологічною ознакою гострого респіраторного дистрес-синдрому, та визначити фазу перебігу ДАУ.

Список використаних джерел

1. Rubin's pathology : clinicopathologic foundations of medicine. Seventh edition / editor Strayer D. S., founder and contributing editor Rubin E., associate editors Saffitz J. E., Schiller A. L. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2015. p.1602.
2. Основни патології за Роббінсом : переклад 10-го англ. вид. : у 2 т. Т.2 / Кумар В., Аббас А.К., Астер Д.К.; наук. ред. перекладу Сорокіна І., Гичка С., Давиденко І. К.: ВСВ "Медицина", 2020. 532 с.
3. Hwang D.M., Chamberlain D.W., Poutanen S.M., Low D.E., Asa S.L. and Jagdish Butany. Pulmonary pathology of severe acute respiratory syndrome in Toronto. *Modern Pathology*. 2005. 18. p.1–10
4. Tse G M-K, To K-F, Chan P K-S, Lo A W I, Ng K-C, et al. Pulmonary pathological features in coronavirus associated severe acute respiratory syndrome (SARS). *J. Clin Pathol*. 2004.57.p.260–265.
5. Gonzalez-Arnay E., Martín-Olivera R., Quintero-Quintero Y.C., Hernandez-Guerra A.I. Proposal for a harmonized protocol for COVID-19 screening and necropsy in forensic sciences facilities. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2020.76. p.1-8

6. Патологическая анатомия COVID-19: Атлас / Зайратьянц О. В., Самсонова М. В., Михалева Л. М., Черняев А. Л., Мишнев О. Д., Крупнов Н. М., Калинин Д. В. Под общей ред. О. В. Зайратьянца. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. 140 с..
7. Suess C., Hausmann R.. Gross and histopathological pulmonary findings in a COVID-19 associated death during self-isolation. *International Journal of Legal Medicine*. 2020. 134. p.1285–1290.
8. Aguiar D., Lobrinus J.A., Schibler M., Fracasso T., Lardi C.. Inside the lungs of COVID-19 disease. *International Journal of Legal Medicine*. 2020. 134. p.1271–1274.
9. Edler C., Schröder A.S., Aepfelbacher M., Fitzek A., Heinemann A. et al. Dying with SARS-CoV-2 infection—an autopsy study of the first consecutive 80 cases in Hamburg, Germany. *International Journal of Legal Medicine*. 2020. 134. p.1275–1284
10. Hanley B., Naresh K.N., Roufosse C., Nicholson A.G, Weir J. et al. Histopathological findings and viral tropism in UK patients with severe fatal COVID-19: a post-mortem study. *Lancet Microbe*. 2020.1. p. 245–53.

Гуров Олександр Михайлович

доктор медичних наук, професор
завідувач кафедри судово-медичної експертизи
Харківська медична академія післядипломної освіти

Сапелкін Віктор Васильович

кандидат медичних наук
доцент кафедри судово-медичної експертизи
Харківська медична академія післядипломної освіти

Лис Дмитро Олександрович

кандидат медичних наук
доцент кафедри судово-медичної експертизи
Харківська медична академія післядипломної освіти

Гладких Дмитро Борисович

кандидат медичних наук
асистент кафедри судово-медичної експертизи
Харківська медична академія післядипломної освіти

МІКРОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА МЕМБРАНОГЕННОГО НАБРЯКУ ЛЕГЕНЬ, ЯК ОЗНАКИ ДИФУЗНОГО УРАЖЕННЯ ЛЕГЕНЬ ПРИ COVID-19

До ускладнень перебігу COVID-19, що можуть призвести до смерті хворих, відносять: гострий респіраторний дистрес-синдром (ГРДС); гостру серцеву недостатність; гостру ниркову недостатність; септичний шок; синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові (ДВЗ-синдром); поліорганну недостатність; вторинні бактеріальні та грибкові інфекції. Найчастіше тяжким ускладненням захворювання COVID-19 є ГРДС.

Визначення макроскопічних морфологічних проявів ГРДС проводиться лікарями судово-медичними експертами вже при розтині трупа. При цьому, іноді, можлива хибна діагностика цього стану, за наявності виразного гострого набряку легень кардіогенного походження, морфологічна картина якого є певною мірою подібною до ГРДС.

Морфологічним проявом ГРДС у легенях є дифузне альвеолярне ушкодження (ДАУ), яке має специфічні макроскопічні та мікроскопічні ознаки залежно від ексудативної або проліферативної фази перебігу ДАУ. Ексудативна фаза ДАУ характеризується виразним набряком легень. Легені збільшені за масою та об'ємом, тканина дифузно ущільнена з різко зниженою повітряністю, поверхня має «лаковий» вигляд, тканина на розрізі темно-вишнева або червоно-бура з ділянками ателектазів, можуть спостерігатися крововиливи та вогнища інфаркту, характерні множинні тромби у просвітах вен та артерій [1, 2, 3]. Збільшення маси

та об'єму легень, набуття дещо ущільненої, подібної на тісто консистенції, зі зниженням повітряності, зумовлені саме набряком легень [4].

Причини, що можуть призвести до набряку легень, поділяють на дві групи: 1. гемодинамічні порушення (гемодинамічний або кардіогенний пульмональний набряк); 2. збільшення проникності капілярів малого кола кровообігу внаслідок ураження судин мікроциркуляторного русла (некардіогенний, мембраногенний набряк) [4]. Тобто ДАУ, як ускладнення COVID-19, є некардіогенним набряком легень.

Причинами кардіогенного (гемодинамічного) набряку легень є: 1. збільшення гідростатичного тиску в системі малого кола кровообігу при лівошлунковій серцевій недостатності, стенозі двостулкового клапану серця, гіперволемії; 2. зниження онкотичного тиску в системі малого кола кровообігу при гіпоальбумінемії, нефротичному синдромі, деяких ураженнях печінки, ентеропатіях, які супроводжуються втратою білків; 3. обструкція лімфатичних судин, по яким відводиться лімфа від легень.

Причинами некардіогенного (мембраногенного) набряку є: інфекційні захворювання легень (віруси, мікоплазма та ін.); дія газів (кисень, ціаніди, двоокис сірки); аспірація рідини, вмісту шлунку; дія лікарських засобів, героїну, деяких хіміотерапевтичних препаратів; тяжка травма, що супроводжується шоком; черепно-мозкова травма; сепсис; радіаційні ураження.

При настанні смерті від ГРДС при COVID-19, коли превалюють ексудативні процеси, а запальні ще не набули свого прояву, виникає необхідність диференційної діагностики різного за походженням набряку легень. Це можливо здійснити при проведенні судово-гістологічного дослідження за наявними мікроскопічними ознаками [5]. Досліднику необхідно звернути увагу на стан легеневої комірок та міжкоміркових перетинків. Різниця у морфологічній картині пов'язана з різною проникністю судин мікроциркуляторного русла легень, яка суттєво більше при некардіогенному (мембраногенному) набряку.

При ДАУ частіше спостерігається комбінація інтракоміркового та інтерстиційного набряку, характерною ознакою є поява гіалінових мембран у просвітах комірок. Скупчення фібрину більш характерні для ДАУ, поява їх при кардіогенному набряку можлива у термінальній стадії. Також при ДАУ частіше виникає вогнищева бронхопневмонія. Крововиливи виявляються при обох видах набряку, різниця полягає в їх інтенсивності та поширеності. При кардіогенному набряку відсутні гіалінові мембрани, рідко спостерігаються скупчення фібрину, вогнища лейкоцитарної інфільтрації, легеневі крововиливи, значно менша кількість макрофагів.

Вказані відмінності дозволяють визначити мембраногенне походження набряку, як прояв дифузного альвеолярного ушкодження, незалежно від причини його розвитку.

Список використаних джерел

1. Патологическая анатомия COVID-19: Атлас / Зайратьянц О. В., Самсонова М. В., Михалева Л. М., Черняев А. Л., Мишнев О. Д., Крупнов Н. М., Калинин Д. В. Под общей ред. О. В. Зайратьянца. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. 140 с.
2. Suess C., Hausmann R. Gross and histopathological pulmonary findings in a COVID-19 associated death during self-isolation. *International Journal of Legal Medicine*. 2020. 134. p.1285–1290.
3. Основы патологии за Роббинсом : переклад 10-го англ. вид. : у 2 т. Т.2 / Кумар В., Аббас А.К., Астер Д.К.; наук. ред. перекладу Сорокіна І., Гичка С., Давиденко І. К.: ВСВ "Медицина", 2020. 532 с.
4. Пальцев М.А., Аничков Н.М. Патологическая анатомия. Учебник: в 2 т. Т.2., ч.1. М.: Медицина, 2001. 736 с.
5. Новиков Н.Ю. Влияние гемодинамического и мембраногенного факторов отека на морфологические изменения в легких. *Запорожский медицинский журнал*. 2012. №2 (71). с. 41-42

Данченко Анжеліка Анатоліївна
лікар-інтерн зі спеціальності "Судово-медична експертиза"
Інститут післядипломної освіти імені О.О Богомольця

Овчарова-Дубина Надія Михайлівна
лікар-інтерн зі спеціальності «Судово-медична експертиза»
Інститут післядипломної освіти імені О.О Богомольця

Науковий керівник:
Плетенецька Аліна Олександрівна
кандидат медичних наук
доцент кафедри судової медицини та медичного права
Національний медичний університет імені О.О Богомольця

ДІАГНОСТИКА COVID-19 ПІД ЧАС СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

В даний час посмертна діагностика COVID-19 дуже актуальна, так як за допомогою неї можливо підтвердити або заперечити наявність вірусу COVID-19, а також можливо досліджувати матеріал хворого, в якому наявний вірус, з подальшим дослідженням для пошуку ефективного лікування, а також для розробки створення вакцини.

На основі даних Американських досліджень, для діагностики посмертної COVID-19 необхідно взяти наступні посмертні зразки: мазок із верхніх дихальних шляхів: мазок із носоглотки, мазок із нижніх дихальних шляхів: мазок із кожної легені, окремі зразки мазків для тестування інших респіраторних патогенів, фіксовані формаліном тканини для аутопсії легень і верхніх дихальних шляхів. Якщо немає можливості взяти мазок із носоглотки, тоді альтернативою можуть бути: зразки із ротоглотки, мазок із носових раковин, мазок із носа, промивання носоглотки, аспірат або зразок назального аспірату [1].

Мазки з носа або мазки із середньої носової раковини повинні бути поміщені в транспортну пробірку, в якій знаходиться транспортне середовище для вірусів, транспортне середовища Єміса або стерильний фізіологічний розчин [1]. В даний час відсутні дані про частоту виявлення коронавірусу 2 тяжкого гострого респіраторного синдрому (SARS-CoV-2), котрий викликає COVID-19, за допомогою ПЛР на посмертних мазках, зібраних в різний час після смерті.

Якщо дослідження COVID-19 на посмертних зразках розглядається для підозри на COVID-19, РНК SARS-COV-2 все ще може бути знайдена протягом 3 днів після смерті, можливо навіть довше, на основі отриманих даних від MERS-COV і SARS-COV, одночасно чутливість може зменшитися при збільшенні посмертного інтервалу, і при інтерпретації негативного результату потрібно враховувати довготривалість захворювання [1]. Окремі посмертні зразки, наприклад мазок із носоглотки, або мазки із легень необхідно збирати для рутинного тестування респіраторних патогенів в клінічних лабораторіях і лабораторіях охорони здоров'я.

Клінічні лабораторії не повинні намагатися ізолювати вірус із зразків, які були взяті у відомих або підозрюваних випадках на COVID-19, що також було досліджено за допомогою Американських вчених [2]. Інший збір і оцінка посмертних зразків повинні визначитися клінічним анамнезом та історією хвороби, та можуть включати також звичайні бактеріальні культури, токсикології та інші дослідження.

Зразки тканин, фіксовані формаліном і залиті парафіном, отримані під час розтину, можливо використовувати для постановки посмертного діагнозу інфекції COVID-19, також за допомогою імуногістохімічних та молекулярних методів, які доступні у відділенні патології інфекційних захворювань CDC [2].

Важливою перевагою цього підходу виявляється те, що він дозволяє зберігати відносно стабільні зразки, які можуть бути протестовані пізніше для підтвердження діагнозу. Збір фіксованих тканин може бути дуже важливим, тоді коли звичайні методи тестування на

основі мазків недоступні або не дали однозначних результатів. Вірусні антигени та нуклеїнові кислоти можуть бути локально розподілені в респіраторних тканинах пацієнта з захворюванням COVID-19, а розповсюдженість і кількість вірусу може варіюватися серед окремих пацієнтів.

З цих причин рекомендовано збирати: мінімум 3 репрезентативних ділянки паренхіми легень, бажано із різних місць, мінімум 2 секції дихальних шляхів, включаючи трахеї, бронхи та обидва дихальних шляхи.

Серологічні тести на SARS-COV-2 перевіряють наявність антитіл. Звичайно для вироблення антитіл необхідно від одного до двох тижнів після початку захворювання COVID-19. Деяким людям може бути необхідно і більше часу. В залежності від того, коли людина була інфікована, і час проведення тесту, тест може не виявити антитіл у людини з наявною інфекцією COVID-19.

Тести на антитіла самі по собі мають обмежену цінність для негайної діагностики пацієнта, у котрого є підозра на інфекцію COVID-19. Також важливо, що на момент розтину SARS-COV-2 все ще виявляється в дихальних шляхах у всіх пацієнтів. Тестування ПЛР було позитивним при плевральному випоті, але негативним у всіх зразках спинномозкової рідини.

У висновку хотілося б сказати, що під час розтину було виявлено велику гетерогенність ушкоджень органів, пов'язаних з COVID-19, і відсутність будь-яких специфічних вірусних ушкоджень, навіть коли ПЛР виявляла наявність вірусу у більшості органів. А також, розтин має велике значення, для того щоб допомогти лікарям зрозуміти біологічні характеристики і патогенез COVID-19, і також розповсюдження вірусу в різних органах пацієнтів, котрі померли від COVID-19.

Виявилось під час досліджень, що специфічних посмертних вірусних ознак не виявлено, залишається лише посмертна ПЛР, котра може використовуватися в посмертних аналізатор, для виявлення присутності SARS-COV-2 в багатьох органах і розуміння розповсюдження вірусу в організмі людини.

Список використаних джерел

1. Хенли Б., Лунес С.Б., Осборн М. Розтин при підозрі на COVID-19 S.Clin Pathol. 2020. 73(5), 239-242
2. Barton L.M. , Dvval E.J. , Stroberg E., Ghost S., Mukhopadhyay S. Розтин COVID-19. Оклахома США Am j Clin Pethol (2020).doi:2020 153-725-33

Демченко І.С.,

кандидат юридичних наук,

викладач кафедри судової медицини та медичного права

Національний медичний університет імені О. Богомольця

ПРОТОКОЛ «НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ (COVID-19)»: ПРАВОВІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ

Одним з заходів, що були здійснені Міністерством охорони здоров'я України (надалі – МОЗ України), спрямованих як на попередження, так і на належне лікування коронавірусної хвороби (COVID-19) стало затвердження ряду галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я: Стандарту екстреної медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)», Стандарти медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)», Стандарт фармацевтичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)» [1], Протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)» [2] (надалі Протокол). На правові аспекти застосування Протоколу буде акцентована увага у даній публікації.

Станом на кінець жовтня 2020 року, до Протоколу були внесені 3 рази зміни, якими

змінювались підхід щодо необхідності та методики тестування, розширювались можливості для застосування тих чи інших лікарських засобів, тощо. Разом із тим, застосування Протоколу ставить ряд проблемних питань правового характеру. Зробимо аналіз деяких з них.

1. Чи є Протокол рекомендаційним документом (методичним) чи є нормативно-правовим? Звернемось до ст. 14 Основ законодавства України про охорону здоров'я (надалі – Основи). Клінічний протокол - уніфікований документ, який визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних та реабілітаційних методів надання медичної допомоги та їх послідовність. У Методиці розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини [3], уніфікований клінічний протокол медичної допомоги - документ, що розробляється на основі клінічної настанови з урахуванням можливостей системи охорони здоров'я, за наявності стандарту медичної допомоги відповідно до нього; визначає процес надання медичної допомоги, обсяг та її результати при певному захворюванні та затверджується МОЗ України. Більше того, додержання стандартів у сфері охорони здоров'я є обов'язковим для всіх закладів охорони здоров'я (ч.6, ст. 14-1 Основ), а щодо Протоколу – то його обов'язковість базується на положенні ч.4, ст. 44 Основ.

2. У Протоколі передбачена можливість застосування: лікарських засобів поза призначенням (на даний момент відсутні лікарські засоби власне проти коронавірусної хвороби (COVID-19), тому використання будь-яких лікарських засобів є скоріше проти симптомів та можливих ускладнень); незареєстрованих лікарських засобів в Україні (хоча така можливість існувала й до пандемії коронавірусної хвороби (COVID-19), внесені зміни до ст. 44 Основ, спростили таку можливість).

3. Протокол містить наступне положення: «Організаційні заходи, більшість клінічних аспектів, зокрема визначення випадку, госпіталізації за клінічними критеріями, групи ризику розвитку ускладнень захворювання, надання неспецифічного лікування тощо врегульовані наказом МОЗ та впроваджуються в закладах охорони здоров'я шляхом розробки клінічних маршрутів пацієнтів та локальних протоколів». Справедливо відзначає І.Сенюта [4], що, фактично з 2017 року, локальні протоколи були відмінені.

4. Питання пов'язане з застосуванням лікарських засобів поза призначенням та незареєстрованих лікарських засобів. Протоколом затверджена форма Інформованої згоди пацієнта на проведення діагностики, лікування згідно з Протоколом. Однак, Порядком призначення та застосування лікарських засобів для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19) [5] затверджена форма Інформованої згоди пацієнта (його законного представника) на медичну допомогу згідно з Протоколом. Яка з інформованих згод підлягає застосуванню – одна / дві чи обидві разом? На наш погляд – форма затверджена Порядком призначення та застосування лікарських засобів для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19) через, принаймні, ті обставини, що вона була прийнята пізніше, є додатком до нормативно-правового акту зареєстрованому у Міністерстві юстиції України.

Список використаних джерел:

1. Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19): Наказ Міністерства охорони здоров'я України №722 від 28 березня 2020 року (з змінами). URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-28032020--722-organizacija-nadannja-medichnoi-dopomogi-hvorim-na-koronavirusnu-hvorobu-covid-19>

2. Про затвердження протоколу "Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)": Наказ Міністерства охорони здоров'я України №762 від 02 квітня 2020 року (з змінами). «Еженедельник АПТЕКА». 2020. №13.

3. Методика розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини: затв. Наказом Міністерства охорони здоров'я «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в

системі Міністерства охорони здоров'я України» №751 від 28 вересня 2012 року. (з змінами). *Офіційний вісник України*. 2012. №95. ст. 3857

4. Сенюта І.Я. Право на медичну допомогу в умовах COVID-19 крізь призму «мотрійчиного» законодавства. *Проблеми правового регулювання цивільних відносин в умовах COVID-19* : матер. Всеукр. науково-практичної онлайн-конференції (23 квітня 2020 р.) [Електронний ресурс]. За заг. ред. д.ю.н., проф. Є. О. Харитонова. Одеса : Фенікс, 2020. С.26-30.

5. Порядок призначення та застосування лікарських засобів для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19): затв. Наказом Міністерства охорони здоров'я №1482 від 30 червня 2020 року. *Офіційний вісник України*. 2020. № 56, ст. 1771

Дідук Роксолана Геннадіївна
лікар-інтерн зі спеціальності «Судово-медична експертиза»
Інститут післядипломної освіти імені О.О. Богомольця
Науковий керівник:
Плетенецька Аліна Олександрівна
кандидат медичних наук
доцент кафедри судової медицини та медичного права
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

ПОРІВНЯННЯ РОЛІ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ У ВСТАНОВЛЕННІ ДІАГНОЗУ COVID-19 У ЗАМБІЇ ТА В УКРАЇНІ

Коронавірусна хвороба 2019 (COVID-19) – це інфекція дихальних шляхів, спричинена новим коронавірусом, який вперше був виявлений у Китаї, у грудні 2019 р. Хоча в більшості людей із COVID-19 розвивається легка або неускладнена форми захворювання, приблизно 14% мають тяжку форму захворювання та потребують госпіталізації та кисневої підтримки, а 5% потребують переведення до відділення інтенсивної терапії. У важких випадках COVID-19 може ускладнюватись гострим респіраторним дистрес-синдромом, сепсисом і септичним шоком, поліорганною недостатністю, включаючи гостре пошкодження нирок і серця.

Деякі країни повідомляють про загальний коефіцієнт летальності серед випадків в межах 1-6%.

Тяжчі форми захворювання спостерігаються у людей старше 60 років та тих, хто має хронічні захворювання, при цьому клінічне погіршення стану відбувається приблизно на 7 день хвороби. Діти, як правило, мають легку форму захворювання.

За результатами рентгенографії та КТ грудної клітки найчастіше повідомляють про такі ознаки, як двосторонні інфільтрати й ущільнення за типом матового скла, при цьому в аналізах крові часто спостерігається лімфопенія. Дані дослідження були проведені у Китаї під час діагностики коронавірусної інфекції. [1]

Судово-медичні експерти допомагають досліджувати і ідентифікувати смерть від нетипових інфекційних захворювань, у тому числі ті, що викликані COVID-19.

При виявленні першого підтвердженого випадку COVID-19 у Замбії, судово-медичні експерти розробили скринінговий метод, який виявляє випадки з підозрою на коронавірус, з метою профілактики вірусної інфекції. Предметом скринінгу була анкета, котру заповнювали найближчі рідні пацієнтів, котрі померли від COVID-19. За допомогою цієї анкети була отримана інформація про грипозні симптоми перед смертю хворих, наявність в анамнезі головного болю, кашлю, лихоманки, нудоти, блювання, діареї, ознобу, контакту з людьми, що мали подібні симптоми.

Згідно з цією анкетною випадки смерті були розділені на випадки з високим індексом підозри, з низьким індексом підозри, без індексу підозри і випадки без інформації про обставини і причину смерті.

У померлих з високим індексом підозри були наявні вище перераховані грипоподібні симптоми COVID-19.

Померлі з низьким індексом підозри мали супутні захворювання і після проведення додаткових досліджень у них також був виявлений COVID-19 [2].

Однак в Україні лікарі судово-медичні експерти не мають змоги і можливості використовувати дану методику через повну непідготовленість нашої країни до пандемії. Брак коштів та обладнання спостерігається на кожній із медичних ланок, у тому числі і у судово-медичній службі, де експерти мають прямий контакт з контагіозними матеріалами.

Аутопсія інфікованого коронавірусною інфекцією пацієнта передбачає ізольовану стерильну кімнату з одноразовим інструментарієм та постійною фізичною і хімічною стерилізацією всього приміщення, а також миттєвою утилізацією зараженого інструментарію і одягу хворого. У нашій країні такі умови відсутні внаслідок недостатнього матеріального забезпечення бюро. Для ефективної роботи судово-медичної служби та забезпечення своєчасного виявлення заражених серед медичного персоналу необхідно проводити постійні діагностичні тестування з метою виявлення випадків інфікування.

Замбія, що відноситься до країн третього світу, змогла гідно зустріти пандемію, а також сконструювати шлях профілактики зараження медичного персоналу і миттєвого розпізнавання випадків коронавірусної інфекції. Україна виявилася непідготовленою, відбувається постійне збільшення кількості хворих.

Список використаних джерел

1. Клінічна допомога при важкій гострій респіраторній інфекції: інструментарій. Адаптовано до COVID-19. Компенгаген: Всесвітня організація охорони здоров'я, Регіональний європейський офіс; 2020 (WHO/2019-nCoV/SARI_toolkit/2020.1), 16-19.

2. Luchenga Mucheleng'anga, Cordilia Himwaze (October 2020). The Role of Forensic Pathology in the COVID-19 pandemic in Zambia. *Forensic Pathology* 10 October 2020, 100147 doi.org/10.1016/j.fsir.2020.100147

Дроншкевич Єва Олегівна
студентка Юридичного факультету
Національний авіаційний університет

Науковий керівник:
Ергард Наталія Миколаївна
кандидат медичних наук, доцент
професор кафедри кримінального права Юридичного факультету
Національний авіаційний університет

ОБМЕЖЕННЯ ПРАВ ЛЮДИНИ ПІД ЧАС КАРАНТИНУ

Поширення гострої респіраторної хвороби COVID-19 призвело до термінового запровадження обмежувальних заходів, що викликало деякі проблемні аспекти в демократичних правових державах, які виражалися в апелюванні громадянами до своїх конституційних прав і вимоги їх гарантії з боку держави.

Введення обмежень у зв'язку з запровадженням карантину викликало численні дискусії як в правовому, так і в науковому колі. Одні фахівці спирались на статтю 21 Конституції України, за якою права людини є невідчужуваними і непорушними та на частину 2 статті 22 Конституції України, згідно якої конституційні права і свободи гарантуються і не можуть бути скасовані [1]. Інші звертались до міжнародних нормативно-правових актів, зокрема до статті 29 Загальної декларації прав людини, що передбачає можливість обмеження прав, встановлюючи при цьому, що при реалізації своїх прав і свобод людина повинна піддаватися тільки тим обмеженням, які встановлені законодавством з метою забезпечення визнання і поваги до прав і свобод інших і задоволення справедливих вимог моралі, громадського

порядку і загального добробуту в демократичному суспільстві [2].

Ще одна дискусія виникла навколо того, чи в результаті запровадження обмежувальних заходів відбулось втручання в конституційні права людини, чи їх обмеження. Відповідно до позиції Осинська О.В. втручання являє собою збройну, економічну, дипломатичну та гібридну інтервенцію, що є найнебезпечнішою формою стосовно об'єкта посягання [3, с. 11]. В свою чергу під обмеженням прав і свобод людини Савчин М. В. розуміє втручання публічної влади у сферу приватної автономії індивіда виключно на підставі закону, яким запроваджуються певні заходи, спрямовані на забезпечення балансу приватних і публічних інтересів з метою захисту національної безпеки, громадського порядку, життя і здоров'я інших людей, авторитету правосуддя [4, с. 291]. З огляду на зазначене, поняття «втручання» має деструктивний характер, в той час як поняття «обмеження» спрямовано на захист конституційних основ.

Серед прав, які було обмежено, можна назвати:

- право на свободу пересування;
- право на свободу та особисту недоторканість;
- право на свободу мирних зібрань;
- право на освіту;
- право на свободу релігії;
- право доступу до медичної допомоги.

Обмеження вище перелічених прав відбувалось внаслідок встановлення заборони для певних категорій переміщуватись через державний кордон та контрольні пункти пропуску, скасування транспортного сполучення, заборони масових зібрань, заборони відвідування навчальних закладів, заборону проведення релігійних заходів, тимчасове припинення планових заходів з госпіталізації та планових операцій. Де-юре обмеження було введено абсолютно легітимно у відповідності з нормами статті 15 Конвенції про захист прав людини та основоположних свобод, що передбачає право відступу Договірною Стороною від своїх зобов'язань під час надзвичайної ситуації [5]. Проте, де-факто на перших етапах введення обмежувальних заходів органам державної влади не вистачило комунікаційних зв'язків з громадськістю. Основною проблемою під час карантину виступає правовий нігілізм, що сформувався внаслідок відсутності доступного обґрунтування необхідності введення обмежувальних заходів та застосування примусової сили закону для їх дотримання.

Беручи до уваги численну практику ЄСПЛ, щодо втручання держави в права особи, Суд зазначає, що для того аби втручання було виправданим необхідна наявність 3 чинників:

1. Дотримання вимоги ясності закону («Piechowicz проти Польщі») полягає у тому, що Національне право повинне розумно ясно визначати обсяг і спосіб реалізації відповідних повноважень, покладених на державні органи, аби гарантувати особам мінімальний рівень захисту, яким вони наділені у демократичному суспільстві відповідно до принципу верховенства права.

2. Законно виправдана мета, що полягає у встановленні конкретних, вимірних, досяжних, реалістичних та спрямованих цілей на зміну та покращення ситуації в майбутньому.

3. Суспільна необхідність, що являє собою відповідність відношення балансів прав однієї людини з балансом прав всієї нації на здорове існування та безпечне середовище. Баланс інтересів індивідуального і громадського здоров'я відображений у справі «Соломахін проти України», де було визначено, що порушення фізичної недоторканості заявника можна вважати виправданим міркуваннями охорони здоров'я населення.

Отже, у зв'язку з необхідністю подолання пандемії та правового нігілізму, що розповсюджується внаслідок некоректного з боку законодавця введення обмежувальних заходів пропонуємо створити незалежну державну комісію з контролю по дотриманню стандартів ЄСПЛ при затвердженні нормативно-правових актів щодо введення карантинних обмежень та при введенні їх в дію органами виконавчої влади.

Список використаних джерел

1. Конституція України, прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28.06.1996 року, від 01.01.2020 № 27-IX. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996, №30, ст. 141
2. Загальна декларація прав людини від 10.12.1948 року URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015#Text
3. Осинська О. В. Обмеження прав і свобод людини: теоретико-прикладні аспекти: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.01. Київ, 2010. 20 с.
4. Савчин М. В. Сучасні тенденції конституціоналізму у контексті глобалізації та правового плюралізму: монографія. Ужгород: РІК-У, 2018. 440 с.
5. Конвенція про захист прав людини від 01.10.2013 року URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004#Text

Дунаєв Олександр Віталійович

доктор медичних наук, професор,
в.о. завідувача кафедри судової медицини, медичного правознавства
ім. засл. проф. М.С. Бокаріуса

Харківський національний медичний університет

Хижняк Володимир Володимирович

кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри судової медицини, медичного правознавства
ім. засл. проф. М.С. Бокаріуса

Харківський національний медичний університет

Каплуновський Петро Анатолійович

кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри судової медицини, медичного правознавства
ім. засл. проф. М.С. Бокаріуса

Харківський національний медичний університет

ЗМІНА ІСТОТНИХ УМОВ ПРАЦІ У СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19

Зміна істотних умов праці у працівників судово-медичних закладів України стала несподіваною реальністю з початком пандемії COVID-19.

11.02.2020 р. на брифінгу в Женеві генеральний директор ВООЗ заявив, що офіційно затверджено назву вірусу нового коронавірусу 2019-nCoV – **SARS-CoV-2** від «**Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2**», і захворювання, спричинене ним, отримало назву «коронавірусна хвороба 2019», скорочено COVID-19. *CO* в назві означає «корона» (англ. *corona*), *VI* – «вірус» (англ. *virus*), а *D* – «захворювання» (англ. *disease*) [1].

Рішенням ВООЗ від 11.03.2020 р. об'явлено початок пандемії коронавірусної інфекції, про що заявив під час прес-конференції генеральний директор ВООЗ Тедрос Адханом Гебреєсус [2].

Відповідним чином на новітні виклики відреагувало і українське законодавство.

У пункті 1 постанови Кабінету Міністрів України «Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» від 11.03.2020 р. за № 211 записано: «Установити з 12 березня 2020 р. до 22 травня 2020 р. на всій території України карантин» [3].

Метою нашого повідомлення є вивчення зміни істотних умов праці у працівників судово-медичних закладів під час пандемії COVID-19.

Сутність карантину на теренах України – зменшення безпосередніх контактів між громадянами задля профілактики зараження на COVID-19.

Праця в судово-медичних закладах супроводжується щільними контактами між

співробітниками цих закладів, правоохоронними органами і пересічними громадянами. Дієвою профілактикою стала низка сучасних протиепідемічних заходів: індивідуальні засоби захисту, робота з біологічним матеріалом в захисних костюмах, організаційні заходи тощо.

Одним із важливих способів боротьби з пандемією став перевід робітників частково або на постійній основі на дистанційну роботу. Відповідно до частини 3 статті 32 «Переведення на іншу роботу. Зміна істотних умов праці» чинного КЗпП України «... у зв'язку із змінами в організації виробництва і праці допускається зміна істотних умов праці при продовженні роботи за тією ж спеціальністю, кваліфікацією чи посадою. Про зміну істотних умов праці – систем та розмірів оплати праці, пільг, режиму роботи, встановлення або скасування неповного робочого часу, суміщення професій, зміну розрядів і найменування посад та інших – працівник повинен бути повідомлений не пізніше ніж за два місяці» [4].

Ми вважаємо, що перевід робітників частково або на постійній основі на дистанційну роботу – це зміна режиму роботи, тобто, зміна істотних умов праці. В такому разі адміністрація судово-медичних закладів повинна була попередити за 2 місяці робітників про це. Але практика показує, що ці вимоги чинного трудового законодавства виконуються з порушеннями. Такі зміни істотних умов праці не повинні означати примусу до праці.

Таким чином, звертаємо увагу на недопустимість з боку адміністрації судово-медичних закладів порушення трудового законодавства України в частині обов'язкового попередження працівника не пізніше ніж за два місяці про зміну істотних умов праці – перевід робітників частково або на постійній основі на дистанційну роботу.

Список використаних джерел

1. SARS-CoV-2. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/SARS-CoV-2> (Заголовок з екрану) 19.05.2020 р. о 20:40.
2. Комісарова О. ВООЗ назвала епідемію коронавірусу пандемією / Олександра Комісарова // URL: <https://suspilne.media/19056-vooz-nazvala-epidemiu-koronavirusu-randemieu/> (Заголовок з екрану) 19.05.2020 р. о 20:30.
3. Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2. Постанова Кабінету Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/211-2020-%D0%BF> (Заголовок з екрану) 19.05.2020 р. о 20:50.
4. Кодекс законів про працю України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08#Text> (Заголовок з екрану) 13.10.2020 р. о 21:00.

Дяченко Світлана Андріївна
лікар-інтерн зі спеціальності «Судово-медична експертиза»
Інститут післядипломної освіти імені О.О. Богомольця
Науковий керівник:
Плетенецька Аліна Олександрівна
кандидат медичних наук
доцент кафедри судової медицини та медичного права
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

ПРО НЕОБХІДНІ УМОВИ ПРАЦІ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19

Спалах гострого респіраторного синдрому (SARS)-coronavirus-2 (CoV-2) у місті Ухань, Китай поширився та вирує у багатьох країнах Європи [1]. Серед померлих людей з COVID-19 понад 132 медичних працівники [2].

В умовах сучасної пандемії постає питання про інфікування медичних працівників, в тому числі судово-медичних експертів при виконанні своїх службових обов'язків.

Згідно з італійськими рекомендаціями при проведенні розтину персонал повинен використовувати такі засоби індивідуального захисту: одноразові шапочки, подвійні одноразові рукавички, захисні рукавички, стійкі до порізів, дихальний фільтр FFP3, окуляри або захисний щиток, одноразовий халат з довгими рукавами або водонепроникний костюм, одноразові бахіли. При проведенні розтину є ризик контакту з потенційно інфікованим матеріалом трупа, ризик травмування інструментами (порізи), а також при утворенні бриз та аерозолів.

Всі інструменти, які можуть знадобитись, необхідно взяти з собою, щоб не залишати зону розтину. Важливим є використання ножиць або леза РМ40 з тупими кінчиками для зменшення ризику травмування при проведенні експертизи. Необхідним є місцеве регулювання потоку повітря (системи ламінарного потоку повітря), що використовується для спрямовування аерозолів подалі від персоналу. Після закінчення розтину тіло поміщають у мішок та транспортують у холодильне приміщення.

При дезінфекції приміщення необхідно підтримувати активність вентиляційних систем під час очищення, використовувати засоби індивідуального захисту та утилізувати рукавички, після очищення поверхонь та нанесення дезінфікуючого засобу, забезпечити достатній час контакту для ефективної дезінфекції. Санітари повинні бути належним чином підготовані та оснащені відповідними засобами індивідуального захисту. Прибирання повинно контролюватись та періодично перевірятись, щоб забезпечити дотримання процедур. Інструменти, що використовуються для розтину повинні бути оброблені у автоклаві або оброблені хімічними стерилізаторами.

Враховуючи поточне поширення захворювання у багатьох країнах, під час виконання будь-кого розтину необхідно розглядати труп як потенційно інфікований і тому необхідно дотримуватись усіх запобіжних заходів, що є необхідними для збереження безпеки медичних працівників [3].

У США розтини проводяться в окремому ізольованому приміщенні - кімнаті з негативним тиском, що має власне опалення, вентиляції та кондиціонування, 16 циклів циркуляції повітря на годину. У ізоляторі під час розтину знаходяться 2 людини (експерт та санітар). Маленький охолоджувач прикріплений до ізоляційної і працює як повітряний шлюз. Засоби індивідуального захисту під час розтину: хірургічний костюм, спеціальне взуття з бахілами, халат з довгими рукавами, фартух із довгими рукавами, подвійні рукавички, захисні рукавички, стійкі до порізів, одноразові шапочки, знезаражуючий респіратор, що очищує повітря. Для запобігання аеролізації вакуумний аспіратор, подрібнювач тканин для змиву у раковину та шланг не використовували. Відразу після розпилювання черепа електропилою, стіл та підлога були оброблені дезінфікуючим засобом та перед вийманням головного мозку. Під час розпилювання у ізоляторі знаходився тільки санітар, протягом 10 хвилин (2 повних циклів циркуляції повітря) до кімнати ніхто з медичного персоналу не заходив [4].

В Україні у багатьох регіонах у моргах взагалі немає технічного забезпечення приміщень для розтинів тіл інфікованих померлих. Деякі судово-медичні експерти були вимушені шити захисні костюми за власні кошти, у моргах відсутні системи фільтрації та вентиляції [5]. Все це створює передумови для подальшого поширення коронавірусної інфекції.

Список використаних джерел

1. МінфінМедіа (n.d.). Коронавірус в Україні. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/reference/coronavirus/ukraine/>
2. Lay See Khoo, Ahmad Hafizam Hasmi, Mohamad Azaini Ibrahim, Mohd Shah Mahmood (2020). Management of the dead during COVID-19 outbreak in Malaysia. *Forensic Sci Med Pathol.* 2020 Sep;16(3):463-470. doi: 10.1007/s12024-020-00269-6.
3. Vittorio Fineschi, Anna Aprile, Isabella Aquila... Anna Sapino (2020).

Italian interim recommendations for personnel potentially exposed to material from corpses, including body fluids, in morgue structures and during autopsy practice. *PATHOLOGICA* 112, 64-77. doi: 10.32074//1591-951X-13-20

4. Lacy, J. Matthew MD; Brooks, Erin G. MD Akers, Joshua MD; Armstrong, Danielle DO... Utley, Suzanne MD (2020 September). COVID-19 Postmortem Diagnostic and Biosafety Considerations. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 3,41, 143-151. doi:10.1097/PAF.0000000000000567

5. Цебрій Є. (15.05.2020). Після скандалу із моргом у Тернополі чиновники заплуталися у неправді. Терміново новини Тернополя. URL: <https://terminovo.te.ua/news/28651/>

Ергард Наталія Миколаївна

кандидат медичних наук, доцент

доцент кафедри судової медицини та медичного права

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кулій Ольга Іванівна

лікар судово-медичний експерт гістолог,

відділення судово-медичної гістології судово-медичного

лабораторного відділу

Київське міське клінічне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТУВАННЯ COVID-19 ПРИ СУДОВО-МЕДИЧНОМУ РОЗТИНІ

Внаслідок пандемії 2020 року, причиною якої став COVID-19, виникло багато дискусій медичного характеру. Невідомість проявів вірусної інфекції, їх ускладнень, а також відсутність вакцини все це призвело до панічного настрою серед населення. Не готовність медичних закладів України до прийому та надання медичної допомоги масштабним потокам хворих, а також відсутність необхідного обладнання для надання кваліфікованої медичної допомоги, призвело до збільшення летальних наслідків серед хворих. Окрім того, складність диференційного діагнозу між вірусом COVID-19 та іншими вірусними інфекціями (вірус грипу тощо) призвели до пізніх термінів встановлення діагнозу COVID-19 та швидкого розвитку ускладнень у хворих, внаслідок чого збільшились випадки з летальним наслідком.

В результаті COVID-19 збільшилась летальність не тільки серед хворих, які перебували у медичних закладах, але й серед тих, хто лікувався вдома. Це вплинуло на збільшення завантаженості відділу експертизи трупів в українських Бюро судово-медичних експертиз. Проблемою стало те, що заклади судово-медичних експертиз не підготовлені до розтинів осіб, померлих внаслідок небезпечної інфекції. Відсутність окремих приміщень для такого виду розтину, відсутність захисних засобів, а також відсутність окремої каналізації, обумовило зростання випадків захворювання серед персоналу моргів. Складністю судово-медичних розтинів є і те, що на відміну від патологоанатомічного розтину, експерту невідомий ні діагноз померлої особи, ні анамнез її захворювання. Особливо це стосується осіб, які померли вдома. Тому, судово-медичний експерт лише під час розтину може запідозрити певний вид інфекції чи патологічного стану, обумовленого інфекцією. Не маючи необхідного захисного засобу під час розтину, судово-медичний експерт піддається ризику підхопити захворювання під час розтину. Що, наразі, і відбувається в моргах українських Бюро судово-медичної експертизи.

Необхідно зауважити, що існує і проблема встановлення діагнозу COVID-19 при розтині померлої особи. При огляді трупа особливостей, які б вказували на COVID-19 не існує, однак при розтині в більшості випадків з COVID-19 були наявні патологічні зміни легеневої тканини. Тому, під час розтину, судово-медичний експерт може лише зробити

припущення щодо наявності COVID-19 у померлої особи. Деякі особливості, які б опосередковано свідчили про COVID-19 виявляються при гістологічному дослідженні легеневої тканини. А саме, для морфологічної картини COVID-19 в легенях на піку захворювання спостерігається тромбоз судин, фібротизація паренхіми і плеври з розвитком фібринозного плевриту (як прояв легеневої дихальної недостатності).

Однак, необхідно зауважити, що у ослаблених осіб, які мають онкологічні захворювання, або ж у тих, що вживають наркотичні препарати також в легеневій тканині при гістологічному дослідженні виявляють в просвітах судин змішані та фібринові тромби, виражений інтерстиціальний набряк, в просвітах альвеол – еозинофільна рідина з домішками поодиноких макрофагів, лімфоцитів та подекули груп лейкоцитів, в багатьох альвеолах спостерігається серозний ексудат з домішками фібрину пристінково (характерна морфологічна картина початкових ознак респіраторного дистресс-синдрому з гіаліновими мембранами пристінково). Виявляється проліферація фіброblastних клітин з дрібними та дифузними вогнищами фібротизації цих фібринових мас (характерна морфологічна картина респіраторного дистресс-синдрому в стадії проліферативних змін), згодом виникають дрібні дифузні та великі вогнища фібротизації (через кілька днів), фібротизація плеври з вираженим накладанням мас фібрину. При приєднанні бактеріальної флори розвивається і гнійна пневмонія та бронхіт.

Висновки: Враховуючи вище викладене, приходимо до висновку, що характерної морфологічної картини, яка б 100 % підтверджувала діагноз «Коронавірусна інфекція (COVID-19)» не існує. Є ознаки, які можуть свідчити про те, що організм людини вражений інфекційним агентом, однак для його виявлення необхідно проводити додаткові методи дослідження для верифікації вірусу. Крім того, слід зазначити, що у медичного персоналу, який приймає участь у дослідженні померлих осіб в умовах адаптивного карантину, немає відповідних засобів захисту, тому вони перебувають у постійній групі ризику.

Зарицький Г.А.

кандидат медичних наук

асистент кафедри судової медицини та медичного права

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Колісник О.С.

полковник медичної служби,

начальник клініки нефрології НВМКЦ

«Головний військовий клінічний госпіталь»

КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ ВИПАДКІВ ЗАХВОРЮВАНЬ НА COVID-19 У ГОЛОВНОМУ ВІЙСЬКОВОМУ КЛІНІЧНОМУ ГОСПІТАЛІ

З квітня 2020 року до клініки інфекційних захворювань Головного військового клінічного госпіталю почали надходити хворі з діагнозом COVID-19. Усього в період з квітня по жовтень 2020 р. надійшло більше 500 пацієнтів, при цьому у 5 % хворих спостерігалась тяжка форма захворювання, а у 95 % - середньої важкості. Основним критерієм для оцінки важкості пацієнтів було об'єм ураження тканини легень. За вказаний період часу померло 7 осіб, що складає 3,5 % від усіх випадків захворювання. Під час лікування застосовувався стандартний протокол розроблений і рекомендований МОЗ України, з урахуванням стану пацієнта та супутніх захворювань.

Як приклад можна навести історію хвороби пацієнта П. Захворів гостро, 26 липня 2020 року, коли почав турбувати сухий надсадний кашель, головний біль, підвищення температури тіла до фебрильних цифр. 28.07 звернувся до госпіталю, було призначено амбулаторне лікування. 30.07.2020 було отримано позитивний результат ПЛР-тесту, а 31.07.2020 госпіталізований, у зв'язку із погіршенням стану. 03.08.2020 р. виконано

комп'ютерну томографію грудної клітки: виявлено ознаки полісегментарного інфільтративного процесу легень, медіастенальна лімфаденопатія. Встановлено клінічний діагноз: Основний – Коронавірусна хвороба (COVID-19), двобічна полісегментарна пневмонія; ускладнення основного – гострий респіраторний дистрес-синдром, ДН II ст., реактивний гепатит; супутні захворювання – гіпертонічна хвороба I ст., аліментарно-конституційне ожиріння II ст, багатовузловий зоб, еутиріоз. 17.08.2020 р. виконано контрольну комп'ютерну томографію – позитивна динаміка у вигляді зменшення в об'ємі раніше виявлених інфільтраційних змін. Значне покращення спостерігалось на фоні наступного лікування: гідроксихлорохін, фленокс, дексометазон, актемра, гептрал, симптоматичне лікування.

Висновки:

1. В цілому смертність в Головному військовому госпіталі від COVID-19, знаходиться на рівні даних для медичних закладів, які оприлюднює МОЗ України.
2. Необхідно провести системний і детальний аналіз захворюваності та випадків смертності у «Головному військовому клінічному госпіталі».

Список використаних джерел

1. Аналітичні панелі та відкриті дані. URL: <https://covid19.gov.ua/analitichni-paneli-dashbordy>,
2. Стандарти медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19). URL: https://moz.gov.ua/uploads/5/26472-standarti_medichnoi_dopomogi-_pri_kovid.pdf,

Зосименко Олександр Миколайович,

аспірант Науково-дослідного інституту інтелектуальної власності
Національна академія правових наук України

Кашинцева Оксана Юріївна,

кандидат юридичних наук, доцент
Науково-дослідного інституту інтелектуальної власності
Національна академія правових наук України

**ДОГОВОРИ КЕРОВАНОГО ДОСТУПУ ЯК
МЕХАНІЗМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВАКЦИНОЮ ВІД COVID-19**

Забезпечення населення ліками і можливість отримання якісної медичної допомоги на сьогоднішній день є викликом для української системи охорони здоров'я, яка в Україні перебуває у процесі реформування.

На сьогодні Україна, як і більшість країн світу, які стикнулися зі спалахом COVID-19, фактично світовою пандемію, вирішуватимуть в скорому майбутньому питання про забезпечення населення вакциною проти COVID-19.

Вакцина – це препарат, який забезпечує появу в організмі імунної реакції та формування імунітету до конкретного збудника захворювання. SARS-CoV-2 – вірус з великої родини коронавірусів, до якої також належать ще близько чотирьох десятків збудників інфекційних захворювань ссавців та птахів [1].

В Україні можливість доступу до лікування лікарськими засобами, в тому числі забезпечення населення вакциною, може бути здійснено через такий правовий механізм як договір керованого доступу.

Даний правовий механізм є доволі новим у національному законодавстві, оскільки 17.03.2020р. Законом України «Про внесення змін до деяких законів України, спрямованих на підвищення доступності лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів до них, які закупаються особою, уповноваженою на здійснення закупівель у сфері охорони здоров'я» були внесені зміни, зокрема, до Закону України «Основи законодавства України

про охорону здоров'я» та доповнено статтею 79¹ якою і було його запроваджено в національне законодавство.

Відповідно до положень вищезазначеної статті Центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, за власною ініціативою або за його дорученням особа, уповноважена на здійснення закупівель у сфері охорони здоров'я, та/або за ініціативою заявника (власника реєстраційного посвідчення на оригінальний (інноваційний) лікарський засіб (оригінальний біологічний лікарський засіб)/або уповноваженого ним представника) (далі – заявник) має право укладати договори керованого доступу із заявником, в яких передбачаються умови постачання оригінального (інноваційного) лікарського засобу (оригінального біологічного лікарського засобу) на територію України за кошти державного бюджету та/або місцевих бюджетів з метою забезпечення доступності таких лікарських засобів для пацієнтів (далі - договір керованого доступу) [2].

Разом з тим, що законодавцем визначено у вищезазначеній статті осіб, які можуть бути стороною ДКД, а саме – МОЗ України, ДКП «Медичні закупівлі України», законодавець не врахував, що вищевказані установа і підприємство не є розпорядниками коштів місцевих бюджетів, а органи місцевого самоврядування не можуть бути стороною ДКД, що вказує про необхідність законодавчого доопрацювання вищевказаної статті.

Крім того, договір керованого доступу має передбачати такі положення: кількість лікарських засобів, які заявник зобов'язується постачати на територію України протягом строку, визначеного договором керованого доступу; умови щодо ціни на лікарські засоби, за якою заявник зобов'язується постачати лікарські засоби на територію України протягом строку, визначеного договором керованого доступу; джерела фінансування придбання лікарських засобів, що є предметом договору керованого доступу; порядок розірвання договору керованого доступу.

Стаття 79¹ Основ законодавства про охорону здоров'я дає перелік умов, які повинні бути в договорі керованого доступу, проте не дає визначення, що ж саме слід розуміти під таким видом договору.

В своїх наукових працях Кашинцева О.Ю. пропонує визначення договору керованого доступу, відповідно до якого договір керованого доступу визначаються умови постачання оригінального (інноваційного) лікарського засобу (оригінального біологічного лікарського засобу) на територію України за кошти державного бюджету та/або місцевих бюджетів з метою забезпечення доступності таких лікарських засобів для пацієнтів (далі - договір керованого доступу) [3].

Цілком погоджуємося із запропонованим визначенням, та вважаємо за необхідне закріпити дане визначення на законодавчому рівні.

Отже, слід наголосити, що предметом договору керованого доступу може бути лише оригінальний (інноваційний) лікарський засіб, а сам договір керованого доступу є правовим механізмом до нових лікарських засобів. Такі договори мають на меті збалансування інтересів як фармацевтичних компаній, так і інтересів держави щодо забезпечення доступу населення до оригінальних інноваційних лікарських засобів, в тому числі при вирішенні питання щодо забезпечення населення вакциною від COVID-19.

Список використаних джерел

1. Ярослав Прищеп. Вакцина від коронавірусу: хто розробляє та скільки ще чекати
URL: <https://suspilne.media/61923-vakcina-vid-koronavirusu-hto-rozroblae-ta-skilki-se-cekati/>
(дата звернення 29 жовтня 2020 року)
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення 29 жовтня 2020 року)
3. Кашинцева О.Ю. Правові механізми розширення доступу до лікування брендовими та генеричними лікарськими засобами в Україні.

URL:<https://medcom.unba.org.ua/publications/5726-pravovi-mehanizmi-rozshirennya-dostupu-dolikuvannya-brendovimi-ta-generichnimi-likars-kimi-zasobami-v-ukraini.html> (дата звернення 29.10.2020 року).

Кашапова Наїля Русланівна

лікар-інтерн зі спеціальності «Судово-медична експертиза»
Інститут післядипломної освіти НМУ імені О.О. Богомольця

Басараб Яна Вікторівна

Лікар-інтерн зі спеціальності "Судово-медична експертиза"
Інститут післядипломної освіти НМУ імені О.О. Богомольця

Науковий керівник:

Плетенецька Аліна Олександрівна

кандидат медичних наук

доцент кафедри судової медицини та медичного права

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

ПРОБЛЕМА ЗАХВОРЮВАНOSTІ COVID-19 СЕРЕД ПРАЦІВНИКІВ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТНИХ ЗАКЛАДІВ

Пандемія COVID-19, з якою ми зараз стикаємось у всьому світі, є, безсумнівно, надзвичайною ситуацією, яка наражає всіх медичних працівників ризику серйозної інфекції. Персонал бюро судово-медичної експертизи, який працює в секційній залі, має високий ризик контакту з інфікованим матеріалом при роздяганні та розтині трупів. Від трупа неможливий повітряно-крапельний шлях передачі, але не виключена передача через виділення тілесних рідин, переміщення та транспортування.

З власних спостережень працівники бюро судово-медичної експертизи суворо дотримуються стандартних заходів захисту лише у випадках з документально підтвердженим COVID-19. У всіх інших випадках працівники нехтують засобами індивідуального захисту.

Незважаючи на те, що серед працівників бюро судово-медичних експертиз були випадки зараження на COVID-19 з подальшою самоізоляцією, на даний момент відсутні дослідження та наукове підтвердження щодо можливості зараження на COVID-19 від трупа. Навіть перший випадок про зараження та смерть від вірусу у Таїланді судово-медичного експерта, був пізніше спростованим авторами за відсутністю наукового підтвердження [1].

До вашої уваги декілька досліджень стосовно життєздатності вірусу у трупному матеріалі. Дослідницькою групою в Університеті Фіренце (Італія) було встановлено, що мазки взяті у деяких трупів, які зберігалися у холодильнику при температурі від 0 до 4°C дали позитивний результат при проведенні тестування через кілька днів (7-14 днів) після смерті [2].

Дослідницькою групою Крістіана Скока та Сігурда Лакса кафедри патології лікарні Грац II, Академічної навчальної лікарні Медичного університету Граца та лабораторії молекулярної діагностики Медичного університету Граца (Австрія) було вивчено 28 трупів пацієнтів з діагнозом COVID-19, з яких 19 пройшли розтин. Усі включені пацієнти відповідали критеріям ВОЗ щодо COVID-19. Мазки брали посмертно під час розтину з ротоглотки, обох легень, кишківника, жовчного міхура та мозку. Вірусну РНК виявляли частіше в легенях та ротоглотці, ніж у кишечнику. Послідовні мазки з ротоглотки дали позитивний результат до 128 годин після смерті. Отже, оскільки вірусну РНК все ще можливо виявити через кілька днів після смерті, не можна виключати її потенційну вірулентність [3].

Спираючись на вищезгадані дослідження, всі тіла, крім тих, мазки яких дали негативний результат методом ПЛР, під час пандемії COVID-19, слід вважати потенційно інфікованими та впроваджувати всі заходи індивідуального захисту встановлені протоколом МОЗ.

Список використаних джерел

1. Sriwijitalai, W. & Wiwanitkit, V. (2020). Corrigendum to "COVID-19 in forensic medicine unit personnel: Observation from Thailand" [J Forensic Legal Med 72 May 2020, 101964] *Journal of Forensic and Legal Medicine Vol 72, May 2020, 101967. doi: 10.1016/j.jflm.2020.101967*
2. Pradella, F., Bianchi, I., Vitale, G. & Pinchi, V.(2020). A contribution for the forensic odontologist's safety in the autopsy room. *JFOS - Journal of Forensic Odonto-Stomatology Vol 38 n. 1 May 2020, 48-49. Retrieved from http://www.iofos.eu/?page_id=1149*
3. Skok, K., Stelzl, E., Trauner, M., Kessler, H. & Lax, S. (2020). Post-mortem viral dynamics and tropism in COVID-19 patients in correlation with organ damage. *Virchows Archiv (2020). doi: 10.1007/s00428-020-02903-8*

Кириченко Олена Олександрівна

лікар-судово-медичний експерт
відділу судово-медичної експертизи трупів
Харківське обласне бюро судово-медичної експертизи

ПРАВОВІ НАСЛІДКИ НЕНАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ПІДОЗРОЮ НА COVID-19 В УКРАЇНІ

В останній час в Україні збільшується кількість випадків ненадання медичної допомоги хворим із підозрою на COVID-19. Найчастіше це відбувається шляхом відмови від шпиталізації хворих, у зв'язку з відсутністю позитивного тесту на COVID-19 на момент огляду. Бригади швидкої медичної допомоги під час приїзду за викликом лише відбирають зразки для лабораторного підтвердження на COVID-19 і таким чином залишають хворого вдома, який декілька днів повинен чекати на результати аналізу. В деяких випадках хворі помирають в домашніх умовах, так і не дочекавшись результату аналізу. Згідно чинного законодавства України, трупи таких осіб направляються на судово-медичну експертизу для встановлення причини смерті. Під час судово-медичної експертизи найчастішою причиною смерті у таких випадках стають захворювання з боку серцево-судинної системи – інсульт, ішемічна хвороба серця, атеросклероз та інші. В деяких випадках причиною смерті стають захворювання з боку дихальної системи, наприклад, двостороння пневмонія.

Згідно ст. 139 Кримінального кодексу України ненадання без поважних причин допомоги хворому медичним працівником, карається кримінальною відповідальністю у вигляді штрафу, звільнення з посади або громадськими та виправними роботами до 2-х років. Частина 2 цієї статті передбачає обмеження волі на строк до 4-х років або позбавленням волі на строк до 3-х років, у випадку тяжких наслідків або смерті хворого [1].

У вищезгаданих випадках смерті простежується причинно-наслідковий зв'язок між настанням смерті та відсутністю своєчасної кваліфікованої медичної допомоги, що може бути відмічено у висновках судово-медичної експертизи. Як правило, слідчі такі питання не ставлять, але згідно ст. 69 Кримінального процесуального кодексу України судово-медичні експерти мають право викладати ці факти у висновках, якщо вони мають значення для кримінального провадження та з приводу яких питання не були поставлені [2].

У своїх поясненнях медичні працівники, як правило, посилаються на відомчі розпорядження, внутрішні інструкції, вказівки керівництва та інше, намагаючись видати їх за поважні причини, на підставі яких хворим відмовляється шпиталізація у випадках підозри на COVID-19.

Слід нагадати, що найвагомим нормативно-правовим документом в Україні є «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні [3]. У ст. 78 «Основ...» серед переліку професійних обов'язків медичних працівників є надання своєчасної та

кваліфікованої медичної та лікарської допомоги, за невиконання якої для медичних працівників передбачається цивільна, адміністративна або кримінальна відповідальність (ст. 80 «Основ...»).

Таким чином, вважаємо, що відсутність результатів аналізу на COVID-19 не є поважною причиною для відмови від шпиталізації хворих із підозрою на COVID-19. Такі випадки є порушенням прав людини та порушенням чинного законодавства України, що передбачає адміністративну та кримінальну відповідальність, особливо у випадках настання тяжких наслідків або смерті хворого.

Список використаних джерел:

1. Кримінальний кодекс України. – Х.: ООО «Одісей», 2001. – 256 с.
2. Кримінальний процесуальний кодекс України. - Х.: ООО «Одісей», 2012. – 360 с.
3. Законодавство України про охорону здоров'я (коментарі та постатейні матеріали). – К.: Атіка, 2000. – 256 с.

Котляренко Лідія Теодорівна

доктор біологічних наук, професор,

професор кафедри теорії, методики та організації фізичної підготовки та спорту ННІ

фізичної культури та спортивно-оздоровчих технологій

Національний університет оборони України імені Івана Черняховського

ОСОБЛИВОСТІ ЗАПОБІГАННЯ ПОШИРЕННЮ COVID-19 У ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ

Сучасний світ сьогодні все більше зазнає агресивного впливу різних факторів зовнішнього середовища, одним з яких є масштабне поширення вірусних інфекцій, що несуть загрозу життю та здоров'ю населення планети й уражає всі його верстви незалежно від їх соціального чи матеріального статусу, а також незалежно від виконання ними своїх професійних чи службових обов'язків. У Збройних Силах України (далі – ЗС України) перший випадок захворювання гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом було зареєстровано 2 квітня 2020 року. Як повідомляло Командування Медичних сил Збройних Сил України, захворіла працівник ЗС України лікарка Хмельницького військового госпіталю, яка з кінця березня знаходилась на амбулаторному лікуванні з приводу ГРЗ [1]. Станом на кінець жовтня 2020 року в ЗС України на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2, хворіє 1558 осіб. Всього за час пандемії одужало 3947 осіб, летальних випадків було 15 [2].

З початку пандемії у ЗСУ розроблено та затверджено низку нормативних документів, розпоряджень начальника Генерального штабу Збройних Сил України, Головного державного санітарного лікаря Міністерства оборони України, Командувача Медичних сил Збройних Сил України, що передбачають заходи запобігання занесенню та поширенню у військових частинах (закладах, установах) ЗСУ COVID-19, алгоритми дій при виявленні поодиноких та масових випадків захворювання, методичні вказівки щодо проведення обстеження військовослужбовців та їхнє лікування.

Зокрема визначено можливості закладів охорони здоров'я в системі Міністерства оборони України із надання медичної допомоги інфекційним хворим та місця для проведення обсервації (ізоляції) військовослужбовців: визначені спеціальні санітарні транспортні засоби, шляхи евакуації та особливості евакуаційних заходів при виявленні хворих на COVID-19.

Запроваджено комплекс превентивних протиепідемічних заходів, одним із яких є активне виявлення хворих методом безконтактного скринінгу температури тіла, а також опитування військовослужбовців на наявність симптомів гострих респіраторних

захворювань.

У всіх військових частинах (зкладах, установах) створено місця для обробки рук антисептиком із обов'язковим розміщенням довідкової інформації щодо необхідності дотримання респіраторної гігієни, етикету кашлю та соціального дистанціювання.

У разі масового надходження військовослужбовців, хворих на коронавірус, визначені резервні зони в центрах медичної реабілітації та санаторно-курортного лікування. За час пандемії силами стаціонарних та мобільних лабораторних закладів проведено понад 50 тисяч досліджень на COVID-19 [3].

З початку пандемії проводиться оновлення та накопичення засобів індивідуального захисту. Зокрема костюми біологічного захисту, які знаходились на озброєнні медичних закладів ЗС України, не відповідали необхідним вимогам для використання у боротьбі з коронавірусною хворобою, оскільки не мали відповідного ступеня біологічного захисту. Саме тому ініціативною групою санітарно-епідеміологічного управління Командування Медичних сил Збройних Сил України та Науково-дослідним інститутом проблем військової медицини Української військово-медичної академії спільно із вітчизняними виробниками було розроблено багаторазовий костюм біологічного захисту, що відповідає Державному стандарту EN 14126:2008. Такий костюм забезпечує надійний захист, унеможливаючи потрапляння біологічних агентів на шкіру та, на відміну від попередніх вітчизняних зразків, набагато легший та міцніший, оскільки був розроблений із врахуванням специфіки діяльності військовослужбовців та побажань як військових клініцистів, так і епідеміологів.

Завдяки тісній співпраці з іноземними партнерами медична служба ЗС України має на озброєнні три сучасні мобільні медичні лабораторії, розташовані на базі шасі автомобіля Mercedes-Benz Sprinter. Така лабораторія призначена для проведення досліджень на основі молекулярно-генетичних методів, а саме полімеразної ланцюгової реакції з метою виявлення широкого спектра біологічних патогенів, зокрема і коронавірусу SARS-CoV-2. Це надає можливість прискорити процес постановки клінічного діагнозу та початку лікування. Також лабораторії забезпечені спеціальними боксами з пневматичним каркасом (аеротентами), що використовуються для одягання та знімання захисного одягу та пробопідготовки зразків. Важливо зазначити, що ці лабораторії забезпечені багаторазовими захисними комбінезонами біологічного захисту шостого рівня, які є лише у військових медиків ЗС України. Інші складові сектору безпеки і оборони України такими лабораторіями не забезпечені [4].

Новітні технології застосовуються також і під час дезінфекції. Так, для проведення швидкої, високоефективної та якісної дезінфекції пересувні санітарно-епідеміологічні групи забезпечені аерозольними генераторами холодного туману. На відміну від звичайних розприскувачів, генератори холодного туману мають вищу ступінь дисперсності, завдяки чому дезінфекційні розчини можуть потрапляти у найменші щілини та важкодоступні місця. Цей метод може застосовуватись для обробки приміщень, автомобілів та фортифікаційних споруд [4].

Аналізуючи поширення захворювання на COVID-19 серед військовослужбовців простежується закономірність, що найчастіше інфекція поширюється під час епізодичних зустрічей з найближчими людьми (друзями та рідними). Так, на виконання окремого доручення начальника Генерального штабу Збройних Сил України № 19183/С від 08.08.2020 щодо посилення та негайного реагування стосовно погіршення епідемічної ситуації на коронавірусну інфекцію COVID-19, Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба» (COVID-19), затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28.03.2020 № 722 (зі змінами) та згідно наказу начальника Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (далі – НВМКЦ) створено Тимчасовий порядок організації та надання медичної допомоги вдома військовослужбовцям ЗС України з підозрою на коронавірусну хворобу (COVID-19) від 23.10.2020 № 2/5485 (далі – Тимчасовий порядок), який містить алгоритми щодо надання допомоги:

- військовослужбовцям у гарнізонах, які не мають клінік (відділень) амбулаторної допомоги в закладах охорони здоров'я ЗС України;
- військовослужбовцям, які закріплені на медичне забезпечення та перебувають на обліку у клініках (відділеннях) амбулаторної допомоги в закладах охорони здоров'я ЗС України;
- військовослужбовцям, які закріплені на медичне забезпечення та перебувають на обліку у лікувально-профілактичному відділі медичної допомоги військовослужбовцям структурних підрозділів Міноборони та Генерального штабу Збройних Сил України НВМКЦ «ГВКГ».

Переконані, що неухильне дотримання вимог Тимчасового порядку та своєчасне виконання заходів згаданого алгоритму безумовно сприятиме запобіганню поширення гострої респіраторної хвороби COVID-19 серед військовослужбовців та працівників ЗС України.

Список використаних джерел

1. Перший випадок COVID-19 зафіксували в ЗСУ.
URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/news-koronavirus-zsu/30524864.html>.
2. Командування Медичних сил про епідемічну ситуацію у Збройних Силах України станом на 30 жовтня. URL: <https://www.mil.gov.ua/news/2020/10/30/komanduvannya-medichnih-sil-pro-epidemichnu-situacziyu-u-zbrojnih-silah-ukraini-stanom-na-30-zhovtnya/>.
3. Заходи Командування Медичних сил Збройних Сил України в період пандемії коронавірусу. URL: <https://www.mil.gov.ua/news/2020/06/08/zahodi-komanduvannya-medichnih-sil-zbrojnih-sil-ukraini-v-period-pandemii-koronavirusu/>.
4. Військові медики – фахівці санітарно-епідеміологічної служби – на вістрі у боротьбі з пандемією COVID-19. URL: <https://armyinform.com.ua/2020/10/vijskovi-medyku-fahivczy-sanitarno-epidemiologichnoyi-sluzhby-na-vistri-u-borotbi-z-pandemiyeyu-covid-19/>.

Кофанов Андрій Віталійович

кандидат юридичних наук,
доктор філософії, доцент,
професор кафедри криміналістичного
забезпечення та судових експертиз
Навчально-наукового інституту № 2
Національна академія внутрішніх справ

Кофанова Олена Сергіївна

кандидат юридичних наук,
доцент кафедри криміналістичного
забезпечення та судових експертиз
Навчально-наукового інституту № 2
Національна академія внутрішніх справ

ОСОБЛИВОСТІ ОТРИМАННЯ БІОЛОГІЧНИХ ЗРАЗКІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ

На сучасному етапі дослідження генетичного матеріалу людини складають основу при виконанні судової молекулярно-генетичної експертизи, завдяки якій в суспільстві зростає довіра до кримінально-судової системи та надійності доказів при їх розгляді в суді.

Проте при виконанні вказаного виду експертизи важливе значення має дослідження не лише об'єктів біологічного походження, але й дослідження відповідних зразків для повноцінної ідентифікації виявлених слідів при огляді місць вчинених кримінальних

правопорушень, а також відібрання відповідних біологічних зразків для встановлення батьківства чи родинних зв'язків. У цьому законодавець не обмежує експерта, а навпаки, закріпив у статті 245 Кримінального процесуального кодексу України право на отримання зразків для проведення експертизи. Зокрема, у випадку необхідності отримання зразків для проведення експертизи останні відбираються стороною кримінального провадження, яка звернулася за проведенням експертизи або за клопотанням якої експертиза призначена слідчим суддею. У випадку, якщо проведення експертизи доручено судом, відібрання зразків для її проведення здійснюється судом або за його дорученням залученим спеціалістом. Проте зразки крові та інші виділення людського організму мають відбиратися лише в умовах медичного закладу при дотриманні санітарних норм, що виключали б можливі шкідливі наслідки для здоров'я особи, у якої вони відбираються. При такому відібранні слідчий повинен керуватися відповідними інструкціями і методичними рекомендаціями.

Біологічні зразки для проведення експертизи відбираються за правилами, встановленими статтею 241 КПК України для проведення освідування особи. Відібрання біологічних зразків у особи здійснюється на підставі постанови прокурора та, за необхідності, за участю судово-медичного експерта чи лікаря, або ж особами, які володіють даною маніпуляцією. Якщо відібрання біологічних зразків супроводжується оголенням особи, то відповідні маніпуляції здійснюється особами тієї ж статі, за винятком його проведення лікарем і за згодою особи, у якої зразки відбираються. Слідчий, прокурор не вправі бути присутнім при відібранні біологічних зразків особи іншої статі, коли це пов'язано з необхідністю оголювати особу.

Перед початком відібрання біологічних зразків особі пред'являється постанова прокурора. Після цього особі пропонується добровільно надати біологічні зразки. При відібранні біологічних зразків не допускаються дії, які принижують честь і гідність особи або є небезпечними для її здоров'я. Про відібрання у особи біологічних зразків складається протокол.

У разі відмови особи добровільно надати біологічні зразки сторона кримінального провадження має звернутися з клопотанням про відібрання біологічних зразків до слідчого судді чи суду. Клопотання розглядається в порядку, передбаченому статтями 160-166 КПК України. За результатами розгляду клопотання слідчий суддя чи суд дозволяє слідчому, прокурору здійснити відбирання біологічних зразків примусово, або зобов'язує їх примусово відібрати зразки, якщо клопотання було подано стороною захисту. Особі, в якій примусово відбираються біологічні зразки для експертизи, надається копія протоколу відібрання зразків.

Враховуючи, що біологічні зразки людини невід'ємно пов'язані з цілісністю організму (кров, шкіра, епітеліальна тканина, інші тканини тощо) примусове їх відібрання, тобто без її згоди, передбачає моральний чи фізичний вплив на особу. Крім того в статті 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я громадян чітко визначено, що необхідною умовою попередньою медичного втручання є добровільна згода особи.

Отже цілком новою є норма КПК України, в якій законодавець передбачив примусове відібрання біологічних зразків. Так у частині 3 статті 245 визначено, що в разі відмови особи добровільно надати біологічні зразки слідчий суддя, суд за клопотанням сторони кримінального провадження, що розглядається в порядку, передбаченому статтями 160-166 КПК України, має право дозволити слідчому, прокурору (або зобов'язати їх, якщо клопотання було подано стороною захисту) здійснити відбирання біологічних зразків примусово. Проте на теперішній час порядок і процедура його здійснення залишаються законодавчо не врегульованими, що загалом створює підґрунтя до порушення конституційних прав та свобод людини і громадянина на особисту недоторканість.

Так, в статті 29 Конституції України встановлено, що кожна людина має право на особисту недоторканість. Тому вище вказана новела КПК України є надто «чутливою», та

такою що потребує чіткої регламентації в законі України, адже примусове проведення зазначеної дії, без дотримання встановленої в КПК України процедури, в тому числі обов'язкового залучення не заінтересованих осіб (понятих) тощо, створюють передумови до суттєвих порушень норм кримінального процесуального права, та відповідно може ставити під сумнів об'єктивність результатів експертного дослідження.

Висновки: Враховуючи викладене, питання примусового відібрання біологічних зразків для експертного дослідження потребує подальшої розробки та висвітлення як науковцями, так і практичними працівниками.

Біологічні сліди людини завжди відігравали велику роль у розкритті та розслідуванні тяжких злочинів. В зв'язку з постійним зростанням кількості злочинів проти особи, використання зазначених слідів як носіїв криміналістично-значущої інформації, потребує професійного підходу.

Молекулярно-генетичний аналіз ДНК – лише один з етапів ідентифікації, і для винесення остаточного результату необхідний статистичний аналіз одержаних даних, особливо важливий при збігу генотипів злочинця і підозрюваного: адже в цьому випадку йдеться деколи про людське життя. Для ймовірно-статистичної оцінки результатів ідентифікаційної значимості сукупності встановлених генетичних ознак необхідні величини частот їх зустрічаємості.

Таким чином, ефективність позитивного вирішення кожного кримінального провадження по боротьбі зі злочинністю як на побутовому, так і на загальнодержавному рівні залежать від результативності роботи правоохоронних органів, підвищити яку можливо лише за умов постійної взаємодії та координації зусиль оперативних, слідчих підрозділів і експертної служби МВС України. Міжнародне співробітництво щодо обміну ДНК-профілями між європейськими країнами дозволить удосконалити міжнародне поліцейське співробітництво.

Список використаних джерел

1. Котляренко Л.Т. Біологічні права людини: основи, реалії чи експеримент / Л.Т. Котляренко // Судово-експертна діяльність: сучасний стан та перспективи розвитку: збірник матеріалів круглого столу (23 квітня 2015 року). К.: ННПФЕКП НАВС, 2015. – С. 193-196.
2. Котляренко Л.Т. Особливості огляду трупа: роль судово-медичного експерта і спеціаліста / Л.Т. Котляренко // Актуальні питання судово-експертного забезпечення кримінальних проваджень: збірник матер. круглого столу (10 квітня 2014 року). – Київ, 2014. – С. 130-132.
3. Патент на корисну модель "Контейнер для об'єктів біологічного походження" №116198. URL: <http://elar.naiu.kiev.ua/jspui/handle/123456789/2316>
4. Криміналістичні дослідження біологічних слідів людини. URL: <http://elar.naiu.kiev.ua/jspui/handle/123456789/2993>

Кофанова Олена Сергіївна

кандидат юридичних наук,
доцент кафедри криміналістичного
забезпечення та судових експертиз
Навчально-наукового інституту № 2
Національна академія внутрішніх справ

Кофанов Андрій Віталійович

кандидат юридичних наук,
доктор філософії, доцент,
професор кафедри криміналістичного
забезпечення та судових експертиз
Навчально-наукового інституту № 2
Національна академія внутрішніх справ

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ БІОЛОГІЧНИХ СЛІДІВ ЛЮДИНИ

На сьогоднішній день молекулярно-генетична ідентифікація являє собою принципово новий тип наукового знання, що відкриває надійні перспективи для вирішення ідентифікаційних задач у кримінальному процесі та розвитку доказової бази, і має низку переваг перед традиційними серологічними методами дослідження біологічних слідів людини, а саме: наявність молекули ДНК в кожній клітині організму людини, що містить ядро; підвищена стійкість структури молекули ДНК до дії фізико-хімічних чинників навколишнього середовища; відсутність впливу предмета-носія; можливість встановлення факту змішування біологічного матеріалу від двох та більше осіб; можливість дослідження мікрослідів; можливість диференціації змішаних слідів (наприклад, сперми та епітеліальних клітин потерпілої у розслідуванні злочинів на статевому ґрунті); високий ступінь ймовірності висновків щодо належності слідів певній особі; надійність та наочність висновку експерта при розгляді в суді; зростання довіри в суспільстві до кримінального судочинства.

Сучасний рівень розвитку ДНК-аналізу свідчить про необхідність використання його результатів у розкритті та розслідуванні злочинів проти особи.

Вже більше 20-років у відділі біологічних досліджень ДНДЕКЦ МВС України впроваджений метод ДНК-аналізу, який застосовується у виконанні експертиз за тяжкими видами злочинів (вбивства, зґвалтування тощо), а також встановленні кровного споріднення (спірне батьківство). До практики роботи відділу біологічних досліджень ДНДЕКЦ МВС України поступово впроваджені останні досягнення в галузі молекулярної генетики, що дозволило виконувати експертизи методом ДНК-аналізу на світовому рівні. Для проведення досліджень за світовими стандартами у відділі використовуються генетичні аналізатори ABI 3100 Avant, 3130, 3500 виробництва фірми "APPLIED BIOSYSTEM" (США) та сучасні набори реактивів, що дозволяють ідентифікувати особу з високим ступенем ймовірності (1:10 млрд.). На сьогоднішній день у відділі молекулярно-генетичних досліджень ДНДЕКЦ МВС України проводяться найбільш складні, зокрема, комплексні експертизи, а також експертиза мітохондріальної ДНК.

На теперішній час важливим є проведення комплексних досліджень, що включають перераховані як пошуково-оперативні методи так і порівняльно-ідентифікаційні, адже саме поєднання цього надає якнайбільшу ефективність розкриття злочину. Аналіз досвіду роботи свідчить, що найбільш ефективним є комплексне дослідження речових доказів, вилучених в процесі огляду місця події.

Найбільш важливою є вимога першочергового застосування методів, у процесі використання яких речовий доказ максимально зберігає сліди для наступних досліджень. Крім того, вирішальне значення при дослідженні мають кількісна характеристика об'єкта та

його якісний стан.

До того ж за допомогою сучасних наборів реагентів, можливе виділення ДНК з різних органів та тканин (кісток) людського організму (наприклад: при виявленні розчленованих, скелетованих або обвуглених трупів), що дозволяє на даний час встановлювати генетичні ознаки кісток в 95 % випадків.

На сьогоднішній день в експертній службі апробована методика, що дозволяє при виявленні 2-5 та більше папілярних ліній, на яких не відобразилося окремих ознак, дослідити наявність епітеліальних клітин та встановити їх ДНК профіль. Цей метод дослідження дозволяє встановлювати ДНК-профіль слідів пальців рук після обробки об'єктів-слідоносців певними дактилоскопічними порошками (форсуночною сажею та окисом цинку, а також розчином чотирьохоксику рутенію).

В ході аналізу ДНК не виявляються особливі, властиві тільки даному індивідууму, ознаки. Кожна ознака має властивості лише групової належності, але в сукупності вони дозволяють індивідуалізувати об'єкт. Але це не виключає можливості одночасного існування декількох осіб, які мають ознаки, ідентичні об'єкту, який досліджується. Основною ідентифікаційною ознакою є алель.

Для оцінки ідентифікаційної значимості цих ознак проводять ймовірно-статистичну обробку результатів дослідження, яка базується на законах теорії ймовірностей. Розподіл алелів у популяції має ймовірний характер, тобто з визначеною мірою впевненості можна говорити про частоту зустрічності того чи іншого алелю в досліджуваній популяції. Кількість осіб даної популяції, які мають певний алель, визначає частоту (ймовірність) даного алелю, яка встановлюється експериментально. Дані про частоту зустрічності дозволяють вираховувати ймовірність ідентифікаційних ознак.

У випадку, коли профіль ДНК об'єкта збігається з генотипами підозрюваного і потерпілого й не виключена жодна з гіпотез, то питання вирішенню не підлягає.

Одним із напрямків використання аналізу поліморфізму мікросателітних послідовностей є розв'язання проблеми спірного походження дітей. Як правило, воно призначається у цивільних справах. Проте в експертній практиці зустрічаються випадки, коли необхідність визначення можливості походження дитини від конкретної особи виникає у зв'язку з кримінальними злочинами. До найбільш типових можна віднести такі ситуації: встановлення батьківства у випадках зґвалтування, яке спричинило вагітність потерпілої (з наступними пологами або передчасним перериванням вагітності); встановлення материнства в експертизах у справах дітовбивства; визначення можливості походження дитини від конкретних осіб у випадку підміни, крадіжки дітей.

Найбільш поширеним в експертизі спірного походження дітей є визначення спірного батьківства.

Висновки: На сьогоднішній день метод ДНК-аналізу (генотипоскопія) один із самих перспективних напрямків розвитку судових експертиз, а його результати є достатньо надійним доказом причетності до злочину конкретної особи. Завдяки своїм унікальним можливостям метод ДНК-аналізу (генотипоскопія) став потужним інструментом у розслідуванні кримінальних справ.

Список використаних джерел

1. Котляренко Л.Т. Особливості правового регулювання відібрання біологічних зразків для експертного дослідження / Л.Т. Котляренко // Актуальні питання техніко-криміналістичного забезпечення кримінальних проваджень: збірник матер. круглого столу (21 листопада 2013 року). – Київ, 2013. – С. 171-173.

2. Особливості збирання у досудовому провадженні біологічних слідів людини: метод.рек. / [Фурман Я.В., Юсупов В.В., Котляренко Л.Т., Дмитрук Р.С.] – К. : Нац. акад. внутр. справ, 2016. – 44 с.

3. Криміналістичні дослідження біологічних об'єктів. URL:

<http://elar.naiu.kiev.ua/jspui/handle/123456789/1705>

4. Участь спеціаліста-криміналіста під час проведення окремих слідчих (розшукових) дій. URL: <http://elar.naiu.kiev.ua/jspui/handle/123456789/16325>

5. Кобилянський О.Л., Кофанов А.В. Криміналістика : консп. лекц. Київ, 2019. 380 с.

Кривенко Олександр Іванович

кандидат юридичних наук,
доцент кафедри судової медицини, медичного правознавства
імені заслуженого професора М.С. Бокаріуса
Харківський національний медичний університет

Стащак Анжела Юрївна

кандидат юридичних наук,
доцент кафедри судової медицини, медичного правознавства
імені заслуженого професора М.С. Бокаріуса
Харківський національний медичний університет

Капустник Володимир Валерійович

кандидат юридичних наук,
асистент кафедри фінансового права
Національний юридичний університет імені Ярослава Мудрого,
керуючий партнер Адвокатського об'єднання
«Юридична компанія «КЕЙ ЕНД КЕЙ ТРАНС»

САМОІЗОЛЯЦІЯ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19 З ТОЧКИ ЗОРУ ТРУДОВИХ ПРАВОВІДНОСИН

У зв'язку з поширенням трагічних наслідків через коронавірус COVID-19, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) 11 березня 2020 року офіційно оголосила пандемію коронавірусної хвороби у світі. Цей факт став однією з причин посилення урядом України обмежувальних заходів на час дії карантину. Дискусійним було і залишається питання щодо законності таких дій: згідно статті 64 Конституції України, конституційні права і свободи людини і громадянина не можуть бути обмежені, крім випадків, передбачених Конституцією України; в умовах воєнного або надзвичайного стану можуть встановлюватися окремі обмеження прав і свобод із зазначенням строку дії цих обмежень [1]. На сьогоднішній день в Україні введено режим надзвичайної ситуації, який не слід плутати з надзвичайним станом, оскільки він не має наслідків обмеження конституційних прав громадян. У даному контексті варто наголосити, що згідно статті 23 Конституції України кожна людина має обов'язки перед суспільством, в даному випадку – моральний обов'язок людини перед суспільством щодо обмежувальних заходів на час дії карантину.

В багатьох виникає питання, чому саме орган виконавчої, а не законодавчої влади впроваджує обмежувальні заходи. Відповідь на це питання закріплена на законодавчому рівні. Зокрема, в Законі України «Про захист населення від інфекційних хвороб» закріплено право саме Кабінету Міністрів України (КМУ) встановлювати та відмінити карантин і вводити тимчасові обмеження прав фізичних і юридичних осіб та додаткові обов'язки, що покладаються на них [2]. У Кодексі цивільного захисту України також закріплені досить широкі повноваження КМУ, як вищого органу виконавчої влади, у забезпеченні цивільного захисту населення, зокрема, у запровадженні обмежувальних протиепідемічних заходів, обсервації та карантину [3]. І, нарешті, у статті 30 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначено, що, у разі загрози виникнення або поширення епідемічних захворювань, КМУ у порядку, встановленому законом, можуть запроваджуватися особливі умови і режими, зокрема, і режими праці [4].

На виконання цих повноважень КМУ прийняв постанову № 241 від 29.03.2020 року «Про

внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 11 березня 2020 р. № 211», якою встановив обмежувальні заходи щодо обов'язкової обсервації та самоізоляції громадян у певних випадках. Самоізолювані особи зобов'язані утримуватися від контакту з іншими особами, крім тих, з якими спільно проживають, утриматися від відвідування громадських місць [5].

З точки зору трудового права найбільше нас зацікавив саме термін «самоізоляція». Згідно законодавства України – це перебування особи, стосовно якої є обґрунтовані підстави щодо ризику інфікування або поширення нею інфекційної хвороби, у визначеному нею місці (приміщенні) з метою дотримання протиепідемічних заходів на основі зобов'язання особи [6].

Згідно Постанови КМУ № 241 від 29.03.2020 року працівник, який контактував з пацієнтом з підтвердженим випадком COVID-19, крім осіб, які під час виконання службових обов'язків використовували засоби індивідуального захисту відповідно до рекомендацій щодо їх застосування або є особою, щодо яких є підозра на інфікування, або особою, які хворіють на COVID-19 в легкій формі та не потребують госпіталізації, теж підлягає самоізоляції. Лікуючий лікар визначає на підставі галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я строк самоізоляції хворого на COVID-19 або особи з підозрою на інфікування COVID-19.

Проаналізувавши все перераховане, можна виокремити два види фізичних осіб які підлягають обов'язковій самоізоляції: це особи, які мали контакт з хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19 та особи, які хворіють на зазначену хворобу та не потребують госпіталізації. Працівники на самоізоляції повинні звернутися за оформленням листка непрацездатності (ЛН) і, якщо особа хворіє, такий листок видається. Коли особа не хворіє і в неї немає симптомів ГРВІ, але вона повинна йти на самоізоляцію через контакт з хворим, то в такому випадку не йдеться про факт тимчасової непрацездатності особи. Таким чином за відсутності симптомів ГРВІ або грипу чи іншої хвороби, нема втрати працездатності, а якщо нема втрати працездатності, особі не відкриватимуть ЛН, тому що видається ЛН тільки після особистого огляду хворого лікуючим лікарем і наявності ознак хвороби, про що робиться запис у медичній карті хворого з обґрунтуванням тимчасової непрацездатності [7].

Таким чином, у разі невідкриття ЛН, на нашу думку, підставою для відсутності на робочому місці, окрім відпустки, є тільки наказ по підприємству щодо, наприклад, виконання визначеної трудовим договором роботи на період самоізоляції у дистанційному режимі.

Список використаних джерел

1. Конституція України. Документ 254к/96-ВР, чинний, поточна редакція від 01.01.2020, підстава – 27-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
2. Про захист населення від інфекційних хвороб. Закон України. Документ 1645-III, чинний, поточна редакція від 23.05.2020, підстава - 588-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text>
3. Кодекс цивільного захисту України. Документ 5403-VI, чинний, поточна редакція від 16.10.2020, підстава - 124-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5403-17#Text>
4. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України. Документ 2801-XII, чинний, поточна редакція від 24.07.2020, підстава - 749-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
5. Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 11 березня 2020 р. № 211. Постанова Кабінету Міністрів України. Документ 241-2020-п, чинний, поточна редакція від 29.03.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/262-2020-%D0%BF#Text>
6. Про внесення змін до Закону України "Про захист населення від інфекційних хвороб" щодо запобігання поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19). Закон України. Документ 555-IX, чинний, поточна редакція від 13.04.2020 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/555-20#Text>
7. Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують

тимчасову неприцездатність громадян. Наказ N 455 від 13.11.2001 Міністерство охорони здоров'я України. Документ z1005-01, поточна редакція від 15.05.2020, підстава - z0391-20. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1005-01#Text>

Куц К.С.

Студентка Юридичного факультету
Національний авіаційний університет

Науковий керівник:

Ергард Наталія Миколаївна

кандидат медичних наук, доцент

професор кафедри кримінального права Юридичного факультету
Національний авіаційний університет

COVID-19 ДЛЯ МАЛОГО ТА СЕРЕДНЬОГО БІЗНЕСУ

Дослідження даної теми наразі є дуже актуальним, оскільки саме заходи проти поширення смертельного вірусу Covid-19 в Україні вплинули на малий та середній бізнес як ніколи. Аналізуючи період карантину через призму підприємницької діяльності, ми зможемо дійти об'єктивного висновку щодо характеру ставлення держави до малого та середнього бізнесу.

Карантинні обмеження щодо підприємців були введені постановою Кабінету Міністрів України №215 від 16 березня 2020 року в порушення Конституції України, адже стаття 42 Конституції України визначає, що «кожен має право на підприємницьку діяльність, яка не заборонена законом». Такі дії призвели до повного або часткового закриття підприємств. Статистика говорить, що з початку карантину закрилися 277 тисяч підприємств. Як наслідок, це призвело до збільшення безробітних. Незважаючи на те, що підприємницька діяльність була зупинена, нарахування податків і зборів не було припинено. Верховна Рада України скасувала нарахування податку на землю лише для великих підприємств, на які Постанова №215 не застосовується (цей збір відноситься до великого бізнесу, оскільки згідно Податкового Кодексу України платники єдиного податку не сплачують податок на землю), а орендну плату за землю не скасували.

Також варто зазначити, що сплату кредитів теж не скасували, а лише дозволили не сплачувати проценти, а тіло кредиту треба гасити вчасно. Дуже цікаво, але питання сплати єдиного податку за період нокдауну також не вирішено. У підприємців це податковий борг, який міститься в кабінетах платників та в відомостях розрахунків з бюджетом. Щодо єдиного соціального внеску, то його можливо було повернути до 01.08.2020 року по дуже складній процедурі та і не всю суму. Як наслідок – більше 70% підприємців не отримали компенсацію за простій від фонду зайнятості України. Також питання сплати орендної плати не було вирішено повністю: – орендну плату за комунальне та державне майно на період карантину скасовано; – орендну плату приватної власності було переведено в розстрочку.

Пільгові кредити, під назвою 5-7-9 %, які були створені нібито для можливості підприємцям вийти зі складної фінансової ситуації, було ускладнено настільки бюрократичними процедурами, що 15-20% підприємців відмовлялися від кредиту на етапі ознайомлення з умовами кредиту, а частка відмов з боку банків дорівнювала 70-75% від поданих заяв. Варто зазначити, що найбільшу частку у загальній сумі сплачених податків має саме податок на доходи фізичних осіб, а саме, місцеві бюджети фізичні особи-підприємці наповнюють від 50 до 90%.

На підставі вищевикладеного, можна дійти висновку, що держава в умовах карантину захищала лише великий бізнес і робила дуже мало, майже нічого, аби врятувати малий та середній бізнес. Протягом карантину всім відомо, що в умовах карантину ресторан Велюр працював, а звичайні ресторани – зачинені. Епіцентр, Ева, Простор, Нова Лінія працювали, а звичайні магазини – зачинені.

Список використаної літератури

1. Конституція України : офіц. текст. Київ : КМ, 2013. 96 с.
2. Экономическая правда. Коронавирус VS бизнес половина предприятий продержится на карантине не более месяца: веб-сайт. URL: <https://www.epravda.com.ua/rus/publications/2020/04/2/658857/>

Лавренчук Марина Миколаївна
студентка Юридичного факультету
Національний авіаційний університет

Науковий керівник:
Ергард Наталія Миколаївна
кандидат медичних наук, доцент
професор кафедри кримінального права Юридичного факультету
Національний авіаційний університет

ОБМЕЖЕННЯ ПРАВ ЛЮДИНИ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ

Зараз людство переживає часи, які деякі вчені називають третьою світовою війною, часи, коли влада йде на нові кроки, аби уповільнити просування вірусу, не дивлячись на те, що одними із жертв таких дій можуть стати права людини.

Конституцією України, а саме статтею 21, гарантується невідчужуваність і непорушність прав людини [2]. Така ж норма регламентується і Європейською Конвенцією про захист прав людини і основоположних свобод, де вказується, що усі Договірні Сторони (в тому числі й Україна), гарантують кожному, хто перебуває під їхньою юрисдикцією, непорушність прав людини і основоположних свобод [3].

Проте, деякі визначені вітчизняними і міжнародними актами права не можуть носити абсолютного характеру і забезпечуватись без жодних винятків.

Як зазначає російська вчена Катерина Грецова, за можливістю обмеження права людини можна поділити на: права, які не підлягають обмеженню за жодних обставин (наприклад, право на життя, заборона катування); права, які підлягають обмеженню для забезпечення інтересів суспільства (наприклад, для збереження державної таємниці може обмежуватись свобода вираження поглядів); і такі права, які підлягають обмеженням виключно за умов надзвичайної ситуації, такої як війна чи техногенна катастрофа [1].

У статті 15 Європейської Конвенції вказано, що держава може відступити від своїх зобов'язань під час війни або іншої суспільної небезпеки, яка загрожує життю нації [3]. Такою надзвичайною ситуацією є і пандемія корона вірусу COVID-19, коли карантинні заходи обмежують певне коло прав людини.

Рекомендації по боротьбі з вірусом, які випустила Європейська комісія 18 березня 2020 р. них, пропонували закрити релігійні об'єкти, включаючи церкви і припинити всі публічні релігійні заходи. Такі дії можуть в певній мірі порушувати право на віросповідання, адже в деяких областях забороняються богослужіння, які передбачають присутність людей, прикладання до ікон, заборона входу в церкви тощо.

Також, під час гострого поширення коронавірусу на території України, владою було встановлено заборону на торгівлю певними товарами, а коло дозволених було вкрай обмеженим (дозволялись продукти харчування, ліки, паливо, корми, насіння). Такі заходи порушували право людини на здійснення підприємницької діяльності, яке закріплено у статті 42 Конституції України, що призвело до банкрутства більшості малого та середнього бізнесу [2].

Під час карантину також обмежується право на освіту. Майже усі навчальні заклади за вказівкою уряду перейшли на дистанційне навчання.

Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» наділяє

повноваженнями органи влади встановлювати особливий режим в'їзду на територію карантину та виїзду з неї громадян і транспортних засобів, а також створювати на в'їздах і виїздах з території карантину контрольні-пропускні пункти. Так, це є обмеженням прав на свободу пересування, закріплених у ст. 33 Конституції України [2].

Обмеженню під час установленого карантину підпало і право на проведення масових заходів, а також свобода зібрань. Але ст.64 Конституції передбачає можливість тимчасового обмеження права на свободу зборів, мітингів, походів і демонстрацій в умовах воєнного або надзвичайного стану.

В Україні на сьогодні запроваджено надзвичайну ситуацію (а не стан), що не дає підстав для обмеження конституційних прав. Тому таке обмеження є порушенням закону з боку органів державної влади.

Через те, що в розпал пандемії було заборонено рух наземного і підземного транспорту, що, в свою чергу унеможливило добирання до місця роботи, фактично можна говорити про обмеження права на працю, що включає можливість заробляти собі на життя працюю, яку він вільно обирає або на яку вільно погоджується.

Враховуючи вищезазначене, хотілося б підсумувати, що, відповідно до Конституції України, конституційні права і свободи людини і громадянина не можуть бути обмежені, крім випадків, передбачених Конституцією України. Такими випадками є воєнний або надзвичайний стан. В розпал карантину в усіх областях України було встановлено режим надзвичайної ситуації, а це не дає підстав для обмеження конституційних прав.

Отже, з юридичної точки зору, з боку влади є факт порушення певних прав людини, але і кожному з нас необхідно пам'ятати про те, що в час, який зараз переживає людство, потрібно пам'ятати, що нехтування санітарними правилами безпеки може наражати на небезпеку не лише вас, але і людей, які оточують.

Список використаних джерел

1. Грецова Е. Е. (2009). Правомерные ограничения прав и свобод человека в международном праве. Автореферат, 1, 26-27.
2. Конституція України. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996, № 30, ст. 141. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96%D0%B2%D1%80#n4250>
3. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод. Ратифіковано Законом № 475/97-ВР від 17.07.97– URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004#Text

Лихова Софія Яківна

доктор юридичних наук, професор,
завідувач кафедри кримінального права і процесу Юридичного факультету
Національний авіаційний університет

Сисоєва Вікторія Петрівна

кандидат юридичних наук,
доцент кафедри кримінального права і процесу Юридичного факультету
Національний авіаційний університет

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ПОРУШЕННЯ ПРАВИЛ КАРАНТИНУ ЗА ЗАКОНОДАВСТВОМ УКРАЇНИ

В умовах розповсюдження гострої респіраторної хвороби, яку спричинює коронавірус SARS-CoV-2 (далі – COVID-19), забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя людей набуває надзвичайно вагомого змісту. Наша держава в особі уповноважених органів активізувала діяльність з метою запобігання розповсюдженню COVID-19, а розроблені для цього заходи, звичайно, містять кримінально-правові та

адміністративно-правові складові, задля встановлення відповідальності при порушенні певних вимог.

Відповідно до підписаного Президентом України Законом №530-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19)» [1], посилено відповідальність за порушення правил, направлених на виконання вищевказаного завдання. По-перше, цим Законом введено нову статтю у Кодекс України про адміністративні правопорушення (далі – КУпАП) [2] та, по-друге, посилено кримінальну відповідальність за порушення санітарних норм та правил. У нововведеній ст. 44і КУпАП говориться про те, що порушення правил щодо карантину людей – а саме, «порушення правил щодо карантину людей, санітарно-гігієнічних, санітарно-протиепідемічних правил і норм, передбачених Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб», іншими актами законодавства, а також рішень органів місцевого самоврядування з питань боротьби з інфекційними хворобами», тягне за собою штраф від однієї до двох тисяч неоподатковуваних мінімумів доходів громадян, а у разі вчинення цих дій посадовими особами – від двох до десяти тисяч неоподатковуваних мінімумів доходів громадян. Ця норма введена Законом України на постійній основі, на відміну від посилення кримінальної відповідальності, що має тимчасовий характер.

Кримінальним кодексом (далі – КК) України у ст. 325 [3] тимчасово передбачено покарання у вигляді штрафу від тисячі до трьох тисяч неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арешту на строк до шести місяців, або обмеження волі на строк до трьох років, або позбавлення волі на той самий строк за порушення правил та норм, встановлених з метою запобігання епідемічним та іншим інфекційним хворобам, а також масовим неінфекційним захворюванням (отруєнням) і боротьби з ними, якщо такі дії спричинили або завідомо могли спричинити поширення цих захворювань. Чинна до березня 2020 року норма передбачала максимальний розмір штрафу 100 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян та не передбачала покарання у вигляді позбавлення волі взагалі. Це означає, що після повернення до попередньої редакції цієї статті КК України, розмір штрафу за аналізовані правопорушення, встановлені її санкцією, буде меншим, ніж за суміжне, практично, аналогічне адміністративне правопорушення.

Ю. Колос та Д. Деркач з приводу розмежування цих суміжних правопорушень зазначають, що наведена стаття КК України, як і ст. 44і КУпАП, має істотні юридичні недоліки [4]. На їхню думку, стаття КК України не відповідає принципу правової визначеності. Кримінальна відповідальність, фактично, прив'язана до порушення невизначеного переліку правил та норм стосовно боротьби з епідемічними, інфекційними та неінфекційними хворобами. Правила та обмеження сьогодні встановлюються широким колом суб'єктів владних повноважень (КМ України, місцевими адміністраціями, іншими органами влади). При цьому, якщо обмеження стосуються прав і свобод громадян без введення надзвичайного стану, то виникає питання стосовно конституційності та законності таких обмежень. Крім того, відсутнє чітке розмежування складів адміністративного та кримінального правопорушень, а розмір штрафу за адміністративне правопорушення фактично може бути навіть більшим, ніж за кримінальне. Склад кримінального правопорушення від складу адміністративного теоретично можливо було б відмежовувати за наслідками діяння. Однак, викладене у диспозиції ст. 325 КК України формулювання «такі дії, щ спричинили або завідомо могли спричинити поширення цих захворювань» та «якщо вони спричинили загибель людей чи інші тяжкі наслідки» залишає відкритим питання стосовно доведення відповідних наслідків та наявності причинно-наслідкового зв'язку між конкретним порушенням та наслідками [4].

Висновки: застосування кримінально-правових та адміністративно-правових заходів з метою обмеження розповсюдження COVID-19 покликане запобігти вчиненню можливих порушень та покарати винних осіб при встановленні складу правопорушення. Однак

залишається перелік відкритих питань, зокрема, стосовно обґрунтованості обмеження конституційних прав громадян; розмежування суміжних складів адміністративного та кримінального правопорушення, а також доведення відповідних наслідків та наявності причинно-наслідкового зв'язку між конкретним порушенням та наслідками.

Список використаних джерел

1. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19): Закон України від 17.03.2020р. №530-IX. Офіційний веб-портал Верховної Ради України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/530-20#n8>
2. Кодекс України про адміністративні правопорушення. Офіційний веб-портал Верховної Ради України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80731-10#Text>
3. Кримінальний кодекс України. Офіційний веб-портал Верховної Ради України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text>
4. Колос Ю., Деркач Д. (2020) Карантин: нові штрафи та відповідальність для бізнесу. Веб-портал «VKP». URL: <https://vkr.ua/publication/karantin-novi-shtrafi-ta-vidpovidalnist-dlya-biznesu>

Михайличенко Борис Валентинович

доктор медичних наук, професор
завідувач кафедри судової медицини та медичного права
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

ОСОБЛИВОСТІ ДОТРИМАННЯ ПРАВ ПАЦІЄНТА ПІД ЧАС ЙОГО ХВОРОБИ НА КОРОНАВІРУСНУ ІНФЕКЦІЮ

Впродовж майже 10 місяців по світу інтенсивно розповсюджується коронавірусна інфекція, яка має значну контагіозність та супроводжується розвитком низки ускладнень в організмі людини, що і обумовлює значну летальність хворих. З метою запобігання інфікування цієї інфекцією країни запроваджують карантинні заходи, а медичні системи, навіть високорозвинутих країн, потерпають від великого напруження, обумовленого значною кількістю хворих на інфекцію та необхідністю їх госпіталізації в стаціонари. В багатьох випадках хворі потребують інтенсивної терапії.

ВООЗ було об'явлено надзвичайну ситуацію в охороні здоров'я та пандемію на COVID-19. За її рекомендаціями існує необхідність підготувати лікарні, персонал, переліки медикаментів, засобів індивідуального захисту, запаси ліків та обладнання для лікування [1].

Не залишилась осторонь від цієї проблеми і наша держава. Так, у зв'язку із погіршенням епідеміологічної ситуації у країні КМ України було прийнято Постанову щодо запровадження режиму надзвичайної ситуації з обов'язковим дотриманням низки карантинних заходів, яку зараз було продовжено до 31 грудня 2020 р.

МОЗ України своїм наказом від 25.02.2020р. № 521 «Про внесення зміни до Переліку особливо небезпечних, небезпечних інфекційних та паразитарних хвороб людини і носійства збудників цих хвороб» за пунктом 39 відніс COVID-19 до «Особливо небезпечних інфекційних хвороб» та прийнято Наказ від 28 березня 2020 року № 722 «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)». Крім того, неодноразово з урахуванням світового досвіду було затверджено клінічний Протокол «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)» та Стандарт екстреної медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)».

Останнім часом особливість поширення коронавірусної інфекції як в нашій країні, так і за кордоном полягає у прискоренні темпів захворюваності на COVID-19. Статистичні дані по

Україні показують, що відбувається не тільки зростання випадків інфікування, але й кількості хворих, які потребують госпіталізації, в тому числі і у відділення інтенсивної терапії.

За клінічними даними у разі тяжкого перебігу захворювання на COVID-19 [2] відбувається лихоманка, тяжкий сухий кашель, задишка з появою гіпоксії, виражена інтоксикація, а також у значній кількості хворих може розвинути пневмонія, що загрожує життю людини, оскільки у пацієнтів наявні симптоми набряку легень та прогресуюча дихальна недостатність. За такої симптоматики хворі потребують кисневої терапії та респіраторного підтримання. Ще на початку пандемії ВООЗ надала рекомендації усім країнам забезпечити доступність приладів для вимірювання рівня кисню у крові та медичних приладів для проведення кисневої терапії. Такі заходи передбачені і у клінічних протоколах та стандарті екстреної медичної допомоги хворим на коронавірусну інфекцію [3,4].

В таких умовах особливо гостро постає проблема дотримання та забезпечення прав пацієнта – хворого на ковідну інфекцію.

В Україні наявне законодавство, згідно якого надається медична допомога хворим. Так, надання медичної допомоги хворим відбувається відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я [5]. У цьому документі вказано (ст.4), що одним із найважливіших принципів охорони здоров'я є «визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України». Важливим є те, що «кожний громадянин України має право на охорону здоров'я, що передбачає, зокрема, надання та отримання кваліфікованої медичної допомоги. Крім того, пацієнт захищений від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних із станом здоров'я. І держава «визнає право кожного громадянина України на охорону здоров'я і забезпечує його захист».

У разі захворювання, зокрема, на цю інфекцію та розвитку станів, що загрожують життю людини, громадянин має отримати медичну допомогу відповідно до клінічних протоколів та стандартів щодо захворювання.

Розвиток симптоматики набряку легень та прогресуючої дихальної недостатності у випадку тяжкого перебігу коронавірусної інфекції відноситься до небезпечних для життя станів, за умов якого «Медичні працівники зобов'язані невідкладно надавати необхідну медичну допомогу (ст. 37).

За ст. 33 медичну допомогу поділяють на екстрену, первинну, вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) . Звісно, що у випадку розвитку станів, які мають невідвортно небезпеку для життя, хвора людина безпосередньо потребує екстреної медичної допомоги, яка полягає у здійсненні невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, які мають врятувати та зберегти життя людини (ст.35). Крім того, вторинна та третинна медична допомога особам, які перебувають у невідкладному стані, може надаватися і без відповідного направлення у закладах охорони здоров'я.

Важливо пам'ятати, що в Україні наявний також Закон України «Про екстрену медичну допомогу», в якому розкриті питання організації та забезпечення надання екстреної медичної допомоги громадянам.

Як відомо, система екстреної медичної допомоги має забезпечити організацію та надання доступної, своєчасної та якісної екстреної медичної допомоги, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків. Згідно цього Закону кожен громадянин України має право на якісну екстрену медичну допомогу, яка надається з моменту прибуття такого пацієнта до відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги. Причому, «відмова у прийнятті пацієнта, який потребує екстреної медичної допомоги, або несвоєчасне надання екстреної медичної допомоги пацієнту, який її потребує, не допускається. У випадку несвоєчасного та неякісного надання медичної допомоги, що призвело до тяжких наслідків, передбачена кримінальна відповідальність.

За доступними даними зараз Україна перебуває на першому рівні захворюваності на

COVID-19, коли щоденно виявляють 5-7 тисяч хворих. У випадку захворюваності на другий рівень щоденно має бути виявлено 8-10 тисяч хворих, що обумовить до 70% заповнення ліжок у лікарнях. При третьому рівні коронавірусної небезпеки щоденно має реєструватися 11-15 тисяч хворих та 80% заповнюваність ліжкового фонду і лікарнях. У випадку найгіршого сценарію кількість хворих набуде щоденної 20 тисячної позначки. Як заявив Міністр охорони здоров'я, за такого поширення коронавірусної інфекції виникне необхідність введення медичного сортування з пріоритетом надання медичної допомоги.

У випадку такої надзвичайної ситуації гостро постає проблема мобілізації медичних ресурсів держави, оскільки від оптимального їх використання залежить життя людини. У випадку надзвичайної ситуації використовують медичне сортування, основи якого були започатковані Піроговим М.І. під час Кримської війни 1853-1856 р, які були розвинуті та вдосконалені в подальшому. Всі дії під час медичного сортування мають бути підпорядковані основному принципу – збереженню життя людини.

Звісно, що щоденна поява значної кількості хворих на інфекцію та необхідність їх госпіталізації у зв'язку із терміновістю надання медичної допомоги являє собою надзвичайну ситуацію, яка саме і обумовлює невідповідність між кількістю хворих, які потребують медичної допомоги, та наявними медичними можливостями.

В Україні діє Наказ МОЗ від 18.05.2012 р. № 366 «Про затвердження Загальних вимог щодо проведення медичного сортування постраждалих і хворих та форм медичної документації», згідно якого медичне сортування проводять з «метою своєчасного надання медичної допомоги максимальній кількості постраждалих в обсязі, що забезпечує відновлення раптової втрати життєвих функцій та сприяє збереженню здоров'я постраждалих». Під час медичного сортування усіх хворих розподіляють на чотири сортувальні категорії, враховуючи стан їхнього здоров'я та потребу в однорідних лікувальних заходах, серед яких тільки хворі першої категорії перебувають під загрозою життя і вони потребують невідкладного надання медичної допомоги, що і обумовлює госпіталізацію в першу чергу. Хворі другої та третьої категорії мають або стабільні життєві показники або відповідно задовільний стан здоров'я, у зв'язку і з чим їм надають медичну допомогу у другу та третю чергу. Що ж стосується четвертої категорії, то такі хворі не мають шансів на життя, а пошкодження їхнього здоров'я є несумісним для життя та їм надають паліативну медичну допомогу.

Звісно, що хворі на тяжкий перебіг коронавірусної інфекції із розвитком у них гострої дихальної недостатності, мають отримати невідкладну медичну допомогу в першу чергу. А принцип відсутності у них шансів на життя не має діяти взагалі, оскільки лікар має надавати кваліфіковану медичну допомогу хворій людині до останнього її подиху, про що йдеться у законодавстві стосовно охорони здоров'я. Саме такий підхід передбачено і в Клятві Гіппократа, яку складають всі випускники ВМНЗ.

Висновки. Таким чином, хворі на коронавірусну інфекцію захищені державою від випадків порушення їх прав у випадку захворювання на цю хворобу. Не дивлячись на значну контагіозність коронавірусної інфекції хворі мають отримувати весь комплекс медичних заходів, передбачених [3,4]. Хворі мають бути забезпечені приладами для вимірювання рівня кисню у крові та медичними приладами для проведення кисневої терапії. У випадку розвитку невідкладного стану, обумовленого розвитком симптоматики набряку легень та прогресуючої дихальної недостатності, хворі мають отримати невідкладну медичну допомогу. Що ж стосується сортувальних заходів у випадку надзвичайної ситуації, обумовленої значною щоденною кількістю хворих на інфекцію та необхідністю надання їм невідкладної медичної допомоги, то хворі на COVID-19 мають отримати невідкладну медичну допомогу в першу чергу, а принцип відсутності у них шансів на життя не має діяти взагалі, оскільки лікар має надавати кваліфіковану медичну допомогу хворій людині до останнього її подиху.

Список використаних джерел

1. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 41. World Health Organization (1 марта 2020).
2. Dawei Wang, Bo Hu, Chang Hu, Fangfang Zhu, Xing Liu (2020). Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China (англ.). JAMA-7 February, 1061-1069. – doi:10.1001/jama.2020.1585.
3. Протокол «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)». Наказ МОЗ України від 02 квітня 2020 року № 762 (у редакції наказу МОЗ України від 17 вересня 2020 року № 2116).
4. Стандарти медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)» (нова редакція). Наказ МОЗ України від 28 березня 2020 року № 722.
5. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст.19.

Пасечник О.В.

кандидат юридичних наук, доцент,
доцент кафедри міжнародного та європейського права
Національний університет «Одеська юридична академія»

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ, ТКАНИН І КЛІТИН У ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ КОРОНАВІРУСА

В Україні відповідно до статистики щороку потребують трансплантації близько 5000 людей, але з них понад 3400 помирають, так і не дочекавшись операції [1], на жаль, пандемія коронавірусу ускладнила лише ситуацію з отриманням гарантованого права на медичну допомогу до якого також належить і трансплантація.

Щодо прогалин в правовому регулюванні трансплантації в Україні справедливо зазначає Павло Ковтонюк, заступник міністра охорони здоров'я України у 2016-2019 роках, що «Була відсутня ціла галузь права, яка регулювала б цю сферу. Лікар і лікарня мали брати на себе величезні ризики, щоб зробити пересадку. Велику дискусію викликав, наприклад, аспект фіксації смерті мозку: у який момент людину вважати мертвою і можна брати орган» [2]. Ці обставини характеризують загальні проблеми в правовому регулюванні трансплантації в Україні, проте пандемія коронавірусу ще й додала зовнішнього несприятливого фактору. Проте, все ж таки, деякі успіхи в правовому регулюванні трансплантації в Україні відбулися з прийняттям Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» у 2018 року, який дозволив пересадку органів після смерті людини, якщо вона за життя дала на це згоду, а також перехресне донорство, і передбачив побудову системи трансплантації, що включає створення реєстру донорів, підготовку трансплант-координаторів тощо. Побудова системи трансплантації, що включає створення реєстру донорів багатокomпонентна та складна задача, яка також потребувала відповідного правового регулювання, чим і став Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, що регулюють питання трансплантації анатомічних матеріалів людині» 2019 року, який врахував міжнародно-правові стандарти у цій сфері. Відповідно була створена Єдина державна інформаційна система трансплантації. Проте Законом України від 20.12.2019 р. передбачено і створення Державної інформаційної системи трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин (стаття 11). Дмитро Коваль, экс-заступник міністра охорони здоров'я, констатує, що зміни до закону, прийняті наприкінці 2019 року, розблокували виконання трансплантацій, а Центр трансплант-координації забезпечить взаємодію між фахівцями різних ланок і різними центрами трансплантацій (клініками, що проводять операції) щодо трансплантації [1].

Однак, відповідно до Постанови Кабінету Міністрів «Про створення Координаційного центру трансплантації органів, тканин і клітин» № 257 від 27 квітня 1994 р. в Україні діє

Координаційний центр трансплантації органів, тканин і клітин, управління яким здійснює Міністерство охорони здоров'я України, відповідно до Постанови № 257 від 27 квітня 1994 р. Координаційний центр здійснює проведення організаційної, консультативної та науково-методичної роботи в галузі трансплантації органів, тканин і клітин. Саме під «організаційною роботою» можливо тлумачити і діяльність щодо координації взаємодії між фахівцями різних ланок і різними центрами трансплантацій (клініками, що проводять операції) з трансплантації органів, тканин і клітин. Однак, прийняття Закону України «Про центральні органи виконавчої влади» у 2011 році негативно вплинуло на повноваження Координаційного центру трансплантації органів, тканин і клітин, залишивши наукові функції, що спричинило необхідність у створенні нового відповідного органу або внесення нових змін до діючого законодавства для усунення існуючих прогалин у правовому регулюванні задля створення ефективної системи трансплантації органів, тканин і клітин в Україні.

Щодо змін у законодавство України у сфері трансплантації існує точка зору доцента Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова Андрія Гелі, що «Неспроможність органів виконавчої влади протягом майже двох років із моменту прийняття Закону від 17.05.2018 р. створити необхідну правову базу та забезпечити діяльність інформаційної системи для його повноцінного функціонування свідчать про їх інституційну слабкість.» [3].

Пандемія COVID-19 – не перша і не остання пандемія в історії людства [4], але вона лише посилила негативні наслідки інституційних та правових прогалин в функціонуванні системи трансплантації в Україні. Отже на разі необхідне додаткове, узгоджене регулювання трансплантації органів, тканин і клітин в Україні з врахуванням запобіжних заходів та ризиків, пов'язаних с пандемією коронавірусу.

Список використаних джерел

1. Горбань Ю. Трансплантація в Україні: не провалена, але й досі не запущена. URL.: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3107304-transplantacia-v-ukraini-ne-provalena-ale-j-dosi-ne-zapusena.html><https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3107304-transplantacia-v-ukraini-ne-provalena-ale-j-dosi-ne-zapusena.html><https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3107304-transplantacia-v-ukraini-ne-provalena-ale-j-dosi-ne-zapusena.html>
2. Негода Т. Операція «трансплантація»: чи створять українські хірурги конкуренцію закордонним. URL.: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3114702-operacia-transplantacia-ci-stvorat-ukrainski-hirurgi-konkurenciu-zakordonnim.htm>
3. Гель А. Трансплантація: чергові новації, або Роздуми про якість вітчизняного нормотворення. URL.: <https://lexinform.com.ua/dumka-eksperta/transplantatsiya-chergovi-povatsiyi-abo-rozdumy-pro-yakist-vitchyznyanogo-normotvorennya/>
4. Хендель Н. В. Пандемія COVID-19 та міжнародне право / Юридична Газета №16 (722), 2020 URL.: <https://jur-gazeta.com/publications/practice/inshe/pandemiya-sovid19-ta-mizhнародne-pravo.html>

Плетенецька Аліна Олександрівна

кандидат медичних наук,

доцент кафедри судової медицини та медичного права

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

ПРО ГОТОВНІСТЬ ФУНКЦІОНУВАННЯ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТНОЇ СЛУЖБИ В УМОВАХ COVID-19

Початок пандемії коронавірусної хвороби (COVID-19), спричиненої SARS-CoV-2, розпочався у грудні 2019 у м. Ухань, Хубей, КНР, та визнаний ВООЗ пандемією 11 березня 2020 р. Як відомо з джерел масової інформації, станом на 11 жовтня 2020 р.: понад 37

мільйонів випадків, у майже всіх країнах та територіях; понад 1 млн. осіб померли. Близько 27,8 млн. людей одужало [1].

У Наказом МОЗ від 15.07.2020 р. за N 1604 до «...переліку посад медичних та інших працівників, що безпосередньо зайняті у ліквідації епідемії та здійсненні заходів із запобігання поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2...» включено лікаря - судово-медичного експерта [2], оскільки він регулярно контактує з інфікованими трупами і потерпілими, наражаючи себе на небезпеку.

Постановою Головного державного санітарного лікаря України від 27.03.2020 №4 було затверджено «Тимчасові рекомендації щодо безпечного поводження з тілами померлих з підозрою або підтвердженням коронавірусної хвороби (COVID-19)», про що є інформація на офіційному сайті МОЗ [3]. Так транспортування тіла до моргу повинно відбуватися за обов'язковими використання засобів індивідуального захисту, які унеможливають можливість інфікування через контакт з фізіологічними рідинами, що наразі неможливо здійснити на даний час.

Наказом МОЗ від 13.03.2020 р. №663 «Про оптимізацію заходів щодо недопущення занесення і поширення на території України випадків COVID-19» визначено затвердити «Стандарти та фармацевтичної медичної допомоги COVID-19 та затвердити Рекомендації щодо дій державних установ... при виявленні особи, яка відповідає визначенню випадку COVID-19» [4].

Такі рекомендації розроблені та впроваджені майже у всіх галузях медицини, окрім судово-медичної експертизи. Власна практика показує, що судово-медичні експерти і досі не забезпечені засобами індивідуального захисту в повному обсязі: рукавички, респіратори, щитки, водостійкі ізоляційні халати із довгими рукавами тощо. Враховуючи відсутність рекомендацій щодо методики розтину трупів при підозрі на COVID-19, забору матеріалу і так далі, розтини тіл померлих в таких випадках і досі проводяться за загальними вимогами для розтину трупів з інфекціями, згідно яких «для вірусологічного дослідження надсилаються на стерильних предметних скельцях мазки-відбитки із задньої стінки глотки, гортані, трахеї, головних бронхів і кожної легені – по два, а також один кусочок бронха з легеневою тканиною. При наявності вмісту в порожнинах середнього вуха, фронтальних і гайморових пазухах надсилаються два мазки з кожної порожнини» [5]. Втім проведення вірусологічних досліджень не передбачено лабораторіями бюро судово-медичної експертизи. Такі аналізи можуть бути проведені іншими лабораторіями за окремі кошти, які не виділяються, що унеможливує підтвердження вірусного генезу COVID-19.

Крім того, що експерти не забезпечені засобами індивідуального захисту, приміщення бюро не відповідають вимогам, вказаним у протоколах по розтину трупів при COVID-19 у інших країнах (у тому числі і у Китаї): приміщення секційних не мають належного рівня біологічного захисту, відсутня відповідна вентиляція, окремих стік вод тощо, що сприяє розповсюдженню інфекції.

Трупи осіб, померлих у лікувальних закладах, повинні досліджуватися патологоанатомами, у яких є затверджені рекомендації щодо розтину трупів осіб з підозрою на COVID-19. Натомість лікувальні все ще продовжують необґрунтовано писати «непідтверджений діагноз» у осіб з позитивним результатом на COVID-19. Саме тому такі трупи поступають до бюро судово-медичної експертизи, як трупи з підозрою на насильницьку смерть, що створює додаткове навантаження на експертів, а також наражає на небезпеку співробітників бюро. Так офіційна статистика захворюваності судово-медичних експертів не ведеться, проте окремі випадки становляться відомими завдяки засобам масової інформації. Переважна більшість бюро судово-медичної експертизи позбавлені можливості безкоштовного проведення аналізів своїх співробітників, що призводить до підвищення захворюваності та подальшого розповсюдження коронавірусної інфекції COVID-19.

Список використаних джерел:

1. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). ArcGIS (2020). Johns Hopkins University. Retrieved from: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>
2. Наказ МОЗ України від 15.07.2020 №1604 "Про затвердження Переліку посад медичних та інших працівників, що безпосередньо зайняті у ліквідації епідемії та здійсненні заходів із запобігання поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19...". МОЗ України. (2020). URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-15072020-1604-pro-zatverdzhennja-pereliku-posad-medichnih-ta-inshih-pracivnikiv-scho-bezposeredno-zajnjati-u-likvidacii-epidemii-ta-zdijsnenni-zahodiv-iz-zapobigannja-poshirennju-gostroi-respiratornoi-hvorobi-covid-19>.
3. «Тимчасові рекомендації щодо безпечного поводження з тілами померлих з підозрою або підтвердженням коронавірусної хвороби (COVID-19)», затверджені Постановою Головного державного санітарного лікаря України від 27.03.2020 №4. МОЗ України. (2020). Вилучено з: <https://moz.gov.ua/article/news/zatverdzeni-rekomendacii-schodo-bezpechnogo-pohovannja-pomerlih-vid-covid-19>.
4. Наказ МОЗ України від 13.03.2020 № 663 "Про оптимізацію заходів щодо недопущення занесення і поширення на території України випадків COVID-19". МОЗ України. (2020). URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-13032020--663-pro-optimizaciju-zahodiv-schodo-nedopuschennja-zanesennja-i-poshirennja-na-teritorii-ukraini-vipadkiv-covid-19>.
4. Наказ МОЗ України № 6 від 17.01.1995 року «Про розвиток і вдосконалення судово-медичної служби України» (1995). «Правила проведення судово-медичної експертизи (досліджень) трупів у бюро судово-медичної експертизи». 35-38.

Полюк Наталія Олегівна

завідувач Переяслав-Хмельницького міжрайонного відділення
КОЗ КОР «Київське обласне бюро судово-медичної експертизи»

**АНАЛІЗ МАТЕРІАЛІВ ВЛАСНИХ СУДОВО-МЕДИЧНИХ
ЕКСПЕРТИЗ ТРУПІВ ОСІБ, ПОМЕРЛИХ НА ФОНІ COVID-19**

Поява епідемії коронавірусної хвороби, спричиненої новим збудником - SARS - CoV – 2 поставила нові завдання для судово-медичних експертів. Оскільки, в переважній більшості випадків, тіла померлих осіб направляють на судово-медичну експертизу з домівок, під час поступлення їх до моргу, в розпорядженні судово-медичних експертів відсутні обставини справи, які могли б свідчити про те, що за життя людина хворіла на коронавірусну хворобу. До того ж, в розпорядженні судово-медичної служби недостатньо методів та можливостей діагностики даної хвороби, оскільки всі сили та ресурси лабораторної діагностики наразі спрямовані на діагностику COVID-19 у живих осіб. Через це, вважаю вкрай потрібним для розвитку судово-медичної діагностики коронавірусної хвороби в секційному матеріалі проводити аналіз власних експертиз таких випадків.

Останнім часом, у власному секційному матеріалі збільшилась кількість смертей внаслідок пневмоній та інших ускладнень, що розвинулись, припустимо, на фоні захворювання на COVID-19. Наприклад, якщо порівняти показники аналогічного періоду за шість місяців минулого року, то смертність саме від пневмоній взагалі збільшилась на 15 випадків (або на 3,5 %). Наразі вже відомо, що коронавірусна хвороба ускладнює існуючі у людини тяжкі захворювання, спричиняє «ранні» інфаркти тощо. У частини хворих розвивається гіперкоагуляційний синдром з тромбозами і тромбоемболіями, вражаються також інші органи і системи. Однак, найбільш поширеним клінічним проявом нової

коронавірусної інфекції є двобічне вірусне дифузне альвеолярне ушкодження з мікроангіопатією, у деякого – розвиток гострого респіраторного дистрес-синдрому (ГРДС).

Через це, в першу чергу, хотілося б зробити аналіз морфологічної картини пневмоній різної етіології. За останні 3 місяці на розтинках спостерігалось 7 випадків виявлення картин тканини легень, характерних для пневмоній. Як відомо, бактеріальні та вірусні пневмонії дещо відрізняються за загальним виглядом під час розтину. У власному матеріалі, для всіх них було характерним збільшення ваги легень щонайменше до 500 г, міг бути фібринозно-гнійний плеврит, легенева тканина була набряклою, нерівномірного забарвлення (від яскраво-червоного при вірусному походженні, до зеленувато-сірого – при бактеріальному), «печінкової щільності», з поверхні розрізів, зазвичай, стікала серозно-геморагічно-гнійна рідина (рис.1).



Рис.1. Загальний вигляд патологічно зміненої легеневої тканини в випадку пневмонії неясної етіології

Однак, при припустимому захворюванні на COVID-19, картина легень виглядала по-іншому. За словами колег (І. Беженар) було зазначено, що колір «ковідних» легень, зазвичай, є чорним, однак, у власних випадках, в залежності від стадій розвитку уражень легеневої тканини, спостерігалось і яскраво-червоне й строкате забарвлення, як у наступному клінічному випадку [1].

Гр-н Ч, 58 років поступив з лікарні, де перебував 8 діб, з діагнозом заключним клінічним: «Закрита черепно-мозкова травма, забій головного мозку. Двобічна пневмонія, коронавірусна хвороба (ПЛР тест +)». При дослідженні: легені виповнюють плевральні порожнини, на дотик тістуваті, місцями щільної консистенції. Поверхня обох легень темно-червоного кольору, блискуча. На розрізі строката – ділянки темно-червоного забарвлення чергуються з яскраво-рожевими, поверхня розрізів практично суха, при натисканні з неї виділяється незначна кількість темно-червоної рідин, а з просвітку легеневих судин - темно-червоні згортки крові (рис.2, 3). Ліва легень вагою 950 г, права - 800 г. Шматочки легень тонуть у воді та розчині формаліну.



Рис.2. Яскраво-червоне та неоднорідне забарвлення легеневої тканини



Рис.3. Строкатість легеневої тканини та згортки крові в судинах

Отже, оскільки від судово-медичних експертів поступають різноманітні відомості про патологічні зміни в тканинах та органах осіб, померлих на фоні захворювання на COVID-19, вважаю, що наразі слід найретельніше накопичувати експертний досвід та систематизувати його для подальшої розробки методів діагностики у померлих осіб.

Список використаних джерел

1. Омелянчук О. (2020). Родичі померлих бояться самоізоляції більше за хворобу/ Reporters [Електронний ресурс]: <https://www.reporters.media/rodychi-pomerlyh-boyatsya-samoizolyatsiyi-bilshe-za-hvorobu/>

Савчук Тетяна Василівна

кандидат медичних наук, доцент
кафедри патологічної анатомії №2,
НМУ імені О.О. Богомольця

Лещенко Іван В'ячеславович,

старший викладач кафедри фізіології,
НМУ імені О.О. Богомольця

Савостікова Наталія Леонідівна

Лікар-дитячий патологоанатом,
Дитяче патологоанатомічне відділення з відділом ІГХ,
НДСЛ «ОХМАТДИТ»

ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПЛАЦЕНТИ ПРИ ВАГІТНОСТЯХ З COVID-19 В АНАМНЕЗІ. ВЛАСНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Вступ. З поширенням COVID-19 [1] у практиці дитячого патологоанатома з'являються випадки внутрішньоутробної загибелі плоду [2, 3] та передчасних пологів з COVID-19 анамнезі у різні терміни вагітності [4].

Мета. Виявити та описати патоморфологічні зміни плаценти при вагітностях з COVID-19 в анамнезі для можливого виявлення закономірностей при даному захворюванні.

Результати та обговорення.

Матеріалом дослідження були 4 плаценти та 3 плода різних термінів вагітності (таб. 1) у жінок з COVID-19 анамнезі.

Таблиця 1.

Досліджуваний матеріал

Випадок	Термін вагітності (тиж)	COVID ¹ (тиж)	Плід (маса, г; довжина тіла, см)	Стан при народженні	Плацента (маса, г; розмір, см)
1	13-14	12-13	Фрагменти тканин, 40 г	Інтранатальна асфіксія	Фрагменти тканини, 50 г
2	23-24	19-20	540/38	Асфіксія новонародженого (прожив 40 хв.)	380, 15×12×1,5
3	34-35	20-21	1840/44,	Антенатальна асфіксія	300, 13×13×1,5
4	39-40	38-39	3400/54,	Дистрес плода	590, 20×18×2,5

¹ термін вагітності у якому жінка хворіла на COVID-19

У першому випадку викидень стався на 13-14 тижнях під час хвороби на COVID-19; на дослідження було скеровано фрагменти мертвого плода (інтранатальна асфіксія) та плаценти. Звертали на себе увагу стази у судинах пуповини (рис. 1. А.) При мікроскопічному дослідженні плаценти було виявлено лейкоцитарну інфільтрацію у амніотичних оболонках,

ворсинах, міжворсинчастому просторі та з боку базальної пластинки. Відмічалось збільшення кількості фібриноїду та синцитіальних бруньок, стази у венулах (рис. 1. Б-Г; таб.2).

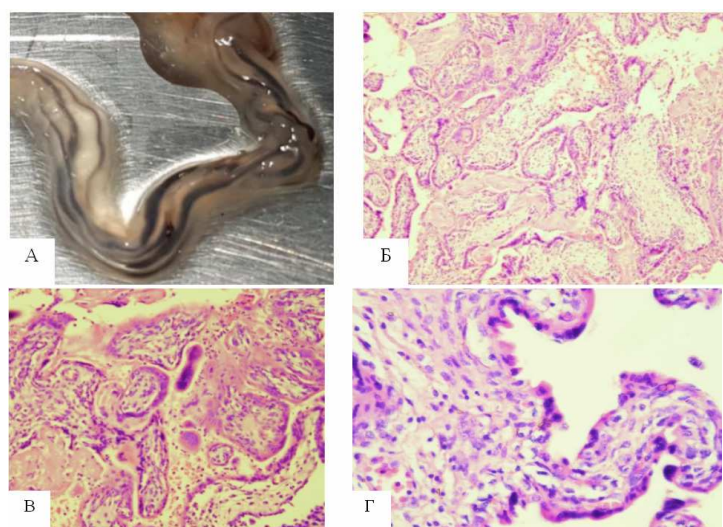


Рис 1. А – пуповина: стази у просвіті судин; Б – лейкоцитарна інфільтрація ворсин та міжворсинчастого простору, фібриноїдні некрози строми ворсин, Ч100; В – Ч200, Г – збільшена кількість синцитіальних бруньок, Ч400.

Таблиця 2

Мікроскопічні зміни у плаценті у жінок з COVID-19 в анамнезі

Випадок	Хоріоамніоніт	Базальний децидуїт	Інтервілузит	Облітеріація просвіту артеріол	Фібриноїдні некрози строми ворсин	Інфаркти	Синцитіальні бруньки	Стази, тромбози, крововиливи
1	+	+	+	+	+	+	+	+
2	+	+	-	+	+	+	+	+
3	+	+	-	+	+	+	+	+
4	-	-	-	+	-	-	+	+

Випадок 2. Жінка, 32 роки, було виявлено COVID-19 шляхом ПЛР на 19-20 тижні вагітності. На 23 тижні вагітності відбулося мимовільне переривання даної вагітності. Плід жіночої статі, масою 540 г народився у стані важкої асфіксії у крайньому ступені морфофункціональної незрілості. Смерть настала через 40 хвилин після народження від дихальної недостатності. Мертвий плід з плацентою були скеровані на патологоанатомічне дослідження з клінічним діагнозом: асфіксія важкого ступеню, недоношеність. При огляді: шкіра синюшно-рожевого кольору з сіруватим відтінком з дрібними петехіальними крововиливами (рис. 2). Легені тістуватої консистенції, сіро-рожевого кольору, при розрізі виділялася мутнувата рідина. Під епікардом виявлялися вогнищеві крововиливи. Речовина мозку не диференційована на сіру та білу, набрякла, під епендимою вогнищеві крововиливи. У бічних шлуночках згортки крові розміром 1Ч0,5 см. Нирки з блідим кірковим шаром та червоно-синюшним мозковим. Плацента масою 380 г, 15Ч12Ч1,5 см, оболонки потовщені, жовтуваті, тьмяні. На розрізі тканина плаценти з численними кістами, повнокровна.

При мікроскопічному дослідженні: у легенях – лейкоцити у просвіті альвеол, у

міжальвеолярних перегородках – лімфоїдна інфільтрація, стази у судинах внутрішніх органів, у плаценті – оболонки з вираженою лейкоцитарною інфільтрацією, з боку базальної пластинки помірна лімфо-лейкоцитарна інфільтрація. Ворсини ембріонального типу, стази у просвіті венул, вогнищеve звуження просвіту артеріол (рис. 3).

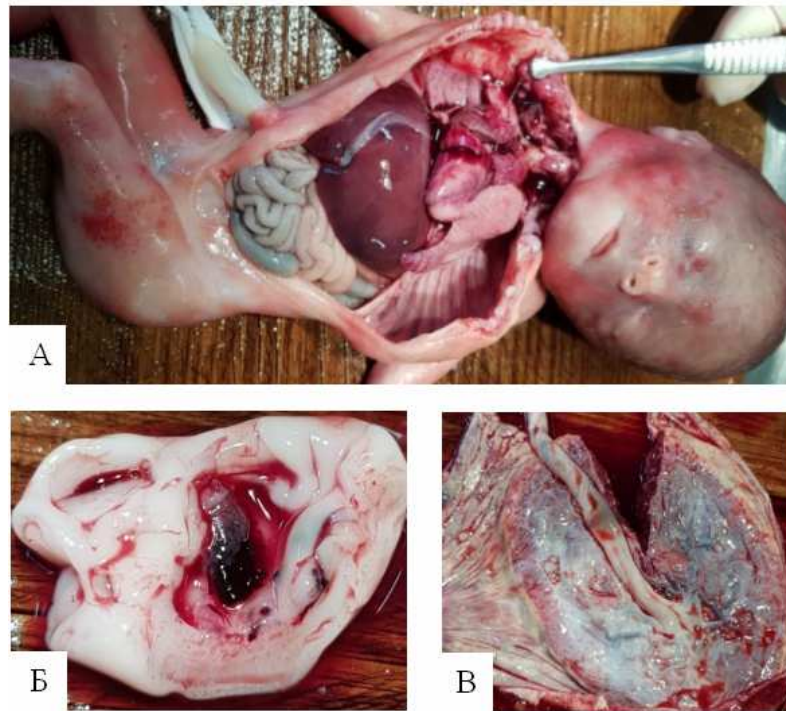


Рис 2. А – петехіальні крововиливи на шкірі та субепікардіальні крововиливи; Б – крововиливи у бічні шлуночки; В – плодова поверхня плаценти: потовщені жовтуваті оболонки.

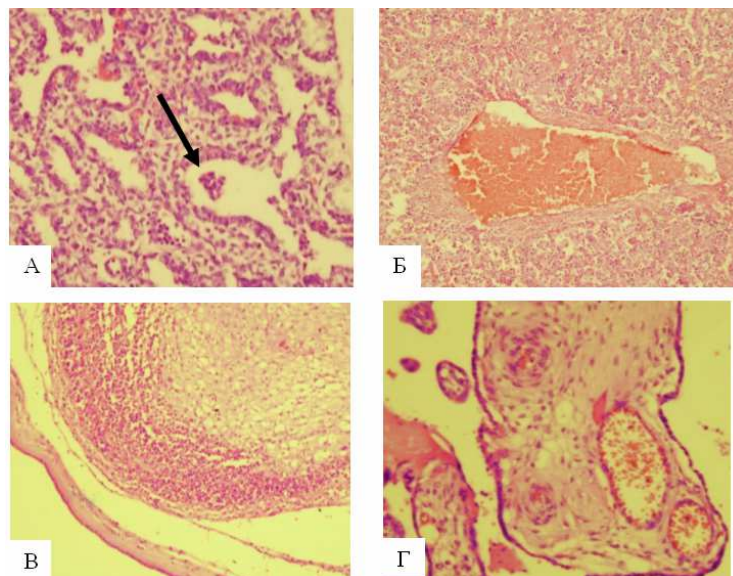


Рис 3. А – легені. У просвіті альвеол лейкоцити (стрілка), Ч200; Б – печінка: стази у венулах, Ч100; В – хоріоамніотичні оболонки: лейкоцитарна інфільтрація; С – ворсини: стази у просвіті венул, облітерація просвіту артеріол, Ч400.

Випадок 3. Жінка 34 р, вагітність I, перехворіла на інфекцію COVID-19 на 20-21 тижні. Внутрішньоутробна загибель плода на 34-35 тижні. Мертвий, мацерований плід та плаценту зі зниженою вагою (300 г) було скеровано на розтин. У плода відмічалася затримка

внутрішньоутробного розвитку (маса 1840 г). Мікроскопічно у плаценті дифузна лейкоцитарна інфільтрація амніотичних оболонок та з боку базальної пластинки. У ворсинах відмічається звуження просвіту артеріол до повної облітерації (рис. 4).

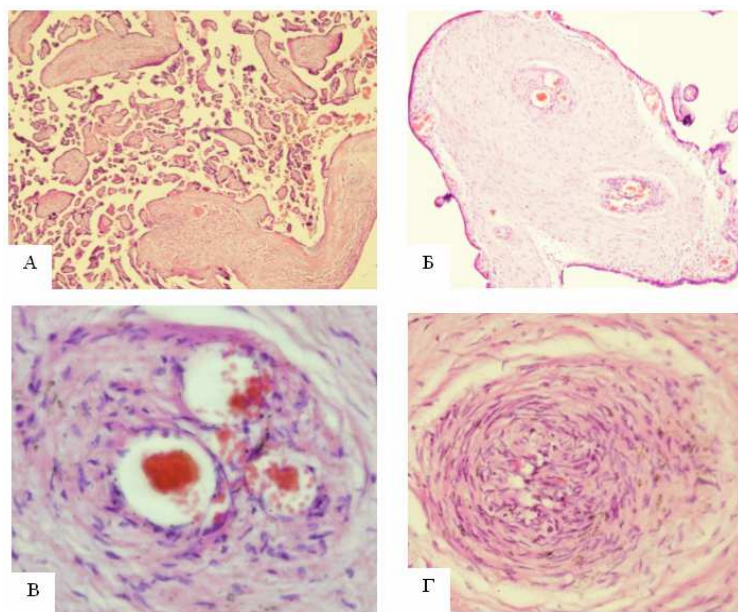


Рис 4. А – Безсудинні стовбурові ворсини, збільшена кількість термінальних ворсин, збільшення кількості синцитіальних бруньок, Ч40; Б – стази у артеріолах, Ч100; В, Г – стадії облітерації просвіту артеріол (ВЧ400); Г – облітерація просвіту артеріоли, Ч100.

Випадок 4. Жінка 27 років, пологи ІІІ, народилася жива, доношена дитина. Клінічно відмічався дистрес плода. Плацента вагою 590 г, розміром 20Ч18Ч2,5 см з крововиливами на материнській поверхні.

Мікроскопічно у плаценті були виявлені дисциркуляторні розлади з крововиливами у міжворсинчастий простір, переважали стази та крововиливи у термінальних ворсинах. Мають місце процеси облітерації просвіту артеріол.

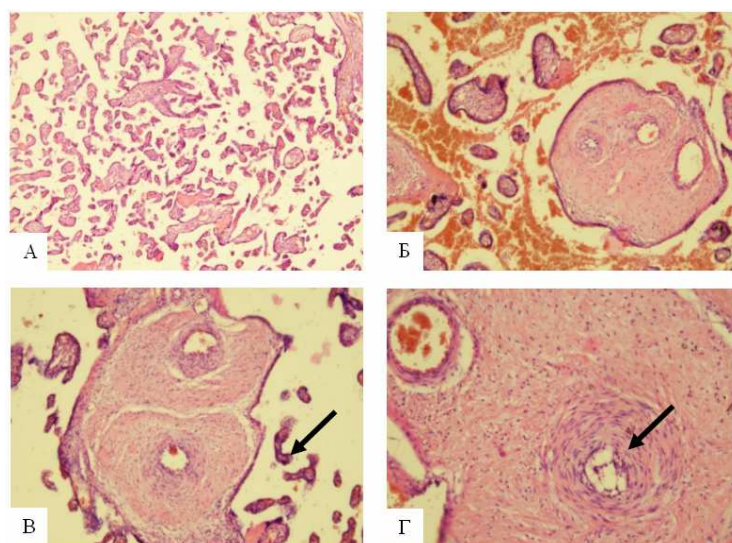


Рис 5. А – загальний вигляд плаценти, велика кількість термінальних ворсин, дисциркуляторні розлади, Ч40; Б – крововиливи у міжворсинчастий простір, Ч100; В – стази у просвіті венул, крововиливи та стази у термінальних ворсинах (стрілка), Ч100; Г – стази у просвіті венул, зміни у просвіті артеріоли, що передують її облітерації (стрілка), Ч400.

Висновки. При COVID-19 в анамнезі у плацентах виявлені: запальні зміни у 3 випадках (хоріоамніоніт, базальний децидуїт, вілузіт, інтервілузіт), які призводили до передчасних пологів та внутрішньоутробного інфікування плода (вроджена пневмонія). Мали місце дистрофічні та некротичні зміни: фібриноїдні некрози стромы стовбурових ворсин, збільшення кількості фібриноїду у міжворсинчастому просторі з компенсаторним збільшенням кількості синцитіальних бруньок у функціонуючих ворсинах. У 4 випадках відмічалися зміни у судинах: стази, тромбози, крововиливи; облітерація просвіту артеріол з порушенням плацентарно-плодового кровообігу та плацентарної дисфункції.

Список використаних джерел

1. Vivanti AJ, Vauloup-Fellous C, Prevot S, Zupan V, Suffee C, Do Cao J, Benachi A, De Luca D. (2020). Transplacental transmission of SARS-CoV-2 infection. *Nat Commun.* Jul 14;11(1):3572.
2. Yan J, Guo J, Fan C, Juan J, Yu X, Li J, et al. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in pregnant women: a report based on 116 cases. *Am J Obstet Gynecol.*; 223 (111.e1–e14).
3. Shanes ED, Mithal LB, Otero S, Azad HA, Miller ES, Goldstein JA. (2020). Placental Pathology in COVID-19. *Am J Clin Pathol.* Jun 8;154(1):23–32.
4. Hosier H, Farhadian SF, Morotti RA, Deshmukh U, Lu-Culligan A, Campbell KH et al. (2020). SARS-CoV-2 infection of the placenta. *J Clin Invest.* Sep 1;130(9):4947–4953.

Сопілко Ірина Миколаївна

доктор юридичних наук, професор
декан Юридичного факультету,

Національний авіаційний університет

Семчук Наталя Олександрівна

кандидат юридичних наук,

доцент кафедри кримінального права і процесу ЮФ,

Національний авіаційний університет

ЩОДО ОКРЕМИХ ПИТАНЬ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОБОВ'ЯЗКОВОЇ ВАКЦИНАЦІЇ: ІСТОРИЧНИЙ АСПЕКТ

Юридичні питання при проведенні вакцинації існували фактично з часу винайдення першої вакцини від віспи в 1796 році. Разом з тим, під час пандемії COVID-19, вони характеру глобальної загрози. Саме боротьба з відмовою від щеплень після винайдення ефективної вакцини від COVID-19 буде пріоритетною для України та світу ще довгий час.

Питання відмови від щеплень та застосування державного примусу до осіб, які не бажають вакцинуватися, цікавить як юристів, так і медиків досить давно.

Однією з перших робіт з даного питання, наявною в вільному доступі в мережі Інтернет, є праця Seaton E.C. (1878) [1]. В даній роботі вивчається дієвість тогочасного британського законодавства про вакцинацію, прийнятого в 1853 році, яке передбачало обов'язкову вакцинацію немовлят під загрозою покарання.

Arnold Lupton (1904) в своїх наукових доробках аналізує Закон Пруссії про вакцинацію 1835 року [2] та аналізує проблеми, близькі до сучасних. На прикладі епідемії віспи 1872 року вчений вказує на дискусійність питання, яким чином закони про обов'язкову вакцинацію можуть бути впроваджені на практиці та висловлює певні сумніви щодо практичної дієвості Закону Пруссії про вакцинацію 1835 року, який передбачав обов'язкову вакцинацію під загрозою покарання у вигляді штрафу або позбавлення волі, а також ревакцинацію для осіб, мобілізованих до армії.

Як бачимо, ще з 19 сторіччя існували дві головні тенденції щодо впливу на осіб, які не бажають вакцинуватись: примусове проведення щеплень та накладення певного штрафу на

особу, яка відмовляється від проведення щеплень.

Проте в 21 сторіччі, враховуючи пріоритет прав людини та заборону примусових медичних втручань на міжнародному рівні, примусова вакцинація є неможливою.

Тому, з юридичної точки зору, єдиним шляхом мінімізації відмов від вакцинації на державному рівні, є впровадження відповідальності за відмову від обов'язкових щеплень. Наразі в Україні не передбачено жодних санкцій за відмову від обов'язкових щеплень. Тобто за такі дії не може настати ні адміністративна, ні кримінальна відповідальність.

Проте враховуючи, що в цілому вакцинація є ефективнішою за лікування (а в деяких випадках ефективні ліки від хвороб, яким можна запобігти за допомогою вакцини, не винайдено), відсутність санкцій за відмову від щеплень є негативним явищем для держави і суспільства. Тому вважаємо за необхідне в майбутньому доповнити Кодекс України про адміністративні правопорушення статтею, яка передбачатиме покарання у вигляді значного штрафу за відмову від проведення обов'язкового щеплення.

Список використаних джерел

1. Seaton E C. On the Working of the Vaccination Laws. *British Medical Journal*. 1878. Jun 22.1(912). С. 887-9. doi: 10.1136/bmj.1.912.887
2. Arnold Lupton. The Prussian Vaccination Law of 1835. *British Medical Journal*. 1904. Feb. 27. 1 (2252). С. 517. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.1.2252.517>

Сюмак Валерія Євгенівна

студентка 402 групи Юридичного факультету
Національний авіаційний університет

Ергард Наталія Миколаївна

кандидат медичних наук, доцент
професор кафедри кримінального права Юридичного факультету
Національний авіаційний університет

ARE HUMAN AND CIVIL RIGHTS RESTRICTED DURING QUARANTINE?

Without a doubt, human and civil rights during quarantine are limited. According to the Constitution of Ukraine [1] a person, his life, health and safety are the highest social value so such restrictions can be fully justified. By the UN recommendations "Human rights at the time of COVID-19 - a Guidance Note" restriction of rights should be proportionate, necessary and non-discriminatory [3].

On March 11, the Cabinet of Ministers of Ukraine in Resolution № 211 "On Prevention of the Spread of Coronavirus COVID-19 on the Territory of Ukraine" introduced quarantine in the country [2]. In particular, it was a question of compulsory measurement of temperature and the further processing of the confidential information on the person without his consent, a ban on visiting educational institutions for its applicants and to hold mass events.

The rights to liberty and security of person (the forced placement of citizens in the observation), the right to freedom of movement (ban on certain groups of the population to cross the border, for everyone - to move in a group of more than two people, to visit parks, squares, recreation areas, forest parks and coastal areas, sports and playgrounds, persons under 14 years of age - to be in public places unaccompanied by parents) were restricted too.

Restrictions affected freedom of peaceful assembly and freedom of religion, as religious activities were banned, the right to education, as they were also banned from attending educational institutions, the right to access medical care, as planned operations and hospitalization measures were also temporarily banned.

Decisions of the Constitutional Court of Ukraine state that narrowing of the scope of rights

and freedoms is not provided by constitutional norms.

When we talk about such special regimes in the state as quarantine or, emergency, we must understand that these regimes are provided mainly by restricting fundamental human rights. Therefore, in these periods it is important to assess the actions of the state to interfere in human rights: how reasonable, necessary, and whether they really pursue the goal of protection.

Law enforcement agencies must strictly abide by the law and prevent human rights restrictions from being violated. Thus, in order to preserve the life and health of Ukrainians, quarantine measures have the right to exist, but only if they are justified, adequate and for the sake of public necessity. It is important to strike a balance between the right of one person and the right of the whole nation to a healthy existence and a safe environment. State officials must reasonably adopt high-quality regulations to address the problem.

The state is responsible to the person for the activity. The establishment and protection of human rights and freedoms is the main duty of the state.

REFERENCES

1. Конституція України // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 1996. – № 30. – с. 141. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>
2. Постанова Кабінету Міністрів України «Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» // No 211 від 11 березня 2020р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/211-2020>
3. Загальна декларація прав людини Прийнята і проголошена резолюцією 217 А (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10.12.1948 р.// Голос України - 10.12.2008 - № 236, Ст. 3.

Тертишник С. І.

асистент кафедри неврології

*Донецький національний медичний університет,
лікар-невропатолог 1 категорії 3 інфекційного відділення
КНП «Маріупольська міська лікарня №4 ім. І. К. Мацука»*

ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА COVID-19 ЧИ З ІНШИМИ ВІРУСНИМИ ПНЕВМОНІЯМИ З ПІДОЗРОЮ НА COVID-19

Актуальність даної теми обумовлена показниками захворюваності, летальності та смертності від Covid-19 на даний час та найближчими прогнозами [1].

Як асистент кафедри неврології та нейрохірургії Донецького національного медичного університету, викладач «Медсестринства в неврології та психіатрії», лікар-невропатолог 1 категорії Обласної лікарні інтенсивного лікування та лікар 3-го інфекційного відділення КНП «Маріупольської міської лікарні №4 ім. І.К. Мацука», спеціалізованого під оксигенотерапії тяжких хворих на пневмонії, в тому числі, викликаними вірусом SARS-CoV-2, магістр за спеціальністю: «Менеджмент охорони здоров'я» маю можливість приймати участь в лікуванні хворих на Covid-19, організації лікувально-діагностичного процесу, госпіталізації, виписки хворих в інші відділення та відділення реанімації, проведенні реанімаційних заходів та інше.

Важливою темою для обговорювання вважаю розвиток психоневрологічної симптоматики у хворих на вірусні пневмонії. Причини сомато-психічних розладів можуть бути:

1. Ураження головного мозку внаслідок захворювання (гіпоксична енцефалопатія, розвиток асоційованого SARS-CoV-2 енцефаліту, менінгоенцефаліту, розвиток внаслідок хвороби чи у відповідь на лікування ГПМК у вигляді ТІА чи ППМК при неконтрольованій артеріальній гіпертензії чи при ускладненні течії інших хронічних захворювань –

атеросклерозу, поліцитемії чи інших хворобах крові та інше).

2. Психогенії – гостра реакція на стрес, загострення психічних чи неврологічних розладів як наслідок синдрому дезадаптації на тлі гіпоксичних/гіпоксемічних реакцій та інше.

3. Ятрогенії – ятрогенні розлади мають місце, так як і персонал знаходиться в режимі постійного стресу, система охорони здоров'я не готова для прийому одночасно декількома прийомними відділеннями по 2-6 людини, недостатність ліжок, «кисневих місць», «точок ШВЛ». Системи подачі медичного кисню застарілі, неготовність працювати в авральному режимі допоміжного персоналу та інше. Все це бачать хворі та це віддзеркалюється на їх психіці.

Тези щодо вирішення наявних проблем лікування психоневрологічних розладів у хворих з вірусними пневмоніями:

А) Медичним директорам стаціонарних відділень, ШМД, ЦПМСП виробити чіткий алгоритм дій при різній кількості направлених тяжких хворих з урахуванням можливостей (кількості кисневих місць та місць ШВЛ), спростити бюрократичні процедури на випадок масового напливу хворих, припинення роботи сталої бригади лікар/мед.сестри/санітарки при захворюванні когось, мати кадровий резерв.

Б) Директорам лікувальних закладів – створювати додаткові кисневі та ШВЛ місця, залучати та інструктувати технічний персонал для роботи з киснем (рампами, магістралями, балонами, утеплення, прохідність, подрібнення та зволоження кисню) для можливої роботи на «брудній» зоні відділення, залучати співробітників МНС для можливого переносу важкої техніки та тіл хворих, стимулювати та залучати медичний персонал в зв'язку з гострою необхідністю в професійних кадрах, оснащення засобами індивідуального захисту та припинення роботи відділення при їх відсутності.

В) Створення позитивного мікроклімату та злагодження в середовищі медичного персоналу. Не перевищувати ліміти знаходження на «брудній» зоні (2-4 години поспіль). Відпрацювати алгоритм дій при різних станах. Забезпечити зв'язок між «чистою» та «брудною» половинами інфекційних відділень (рації, телефони з можливістю передачі фото-відеоматеріалів) для можливості швидкого реагування, передачі інформації для ведення медичної документації та інше. Створювати необхідні «переключення» уваги на «чистій» зоні для психологічної розгрузки та інше.

Г) Лікарям – в зв'язку с тим, що більшість психічних розладів трапляються через гіпоксичні/гіпоксемічні стани пацієнтів та синдром дезадаптації, до лікування хворих додати окрім регулювання тиску та способів подачі кисню антигіпоксанти та препарати метаболічної дії (навіть, якщо вони зарекомендували себе тільки в клінічних спостереженнях). Контроль рівня оксигенації та потоку кисню. На практиці у відділенні стикнувся з тим, що частина хворих з добрим complains до кисневих масок, інші хворі ліпше себе відчують при наявності канюль.

Г) Навчання наново створених колективів нових чи переоснащених відділень з перевіркою рівня знань та вмій та відпрацювання навиків виконання ЕКГ, рентгенографії, термометрії, пульсоксиметрії, тонометрії та виконань ін'єкційних призначень, ведення медичної документації з урахуванням специфіки одягу та психічних особливостей людей та ситуації.

Д) Ставлення до хворих медперсоналу повинне бути етичним, при виявленні змін в емоційному фоні пацієнта чи ефektorній, вольовій сфері або стану свідомості, мовлення, неадекватність потребує негайного огляду лікарем. Пацієнтам необхідно надати можливість відволікатись від ситуації – тобто можливо знаходження по 2-3 пацієнта в палаті з результатом ПРЛ на Covid-19 (-) чи (+) при збереженні основних протиепідемічних заходів (зменшує ризик депресій та суїцидів чи розділені через скляну перегородку. Дозволити користуватися гаджетами при використуванні позитивного контенту.

Е) Враховуючи основну психоневрологічну симптоматику на Covid-19 для купування

агресивних, меревоподібних, маревних, галюцинаторних, параноїчних та параноїдальних синдромів можливо застосовувати ін'єкційні форми похідних фенотіазину з аліфатичною структурою, при вираженому збудженні похідні бензодіазепіну [2].

У випадках спроб суїциду призначення антидепресантів в гостру фазу не дає значного ефекту в зв'язку з тим, що психотравмуючий фактор прибрати неможливо, тому застосовуємо діазепам, в легких випадках гідазепам та інші анксиолітики. В тяжких випадках при спробах самогубства чи нанесені собі чи іншим травм застосовуємо примусову антипсихотичну, анксиолітичну терапію чи тимчасове обмеження свободи з санкції суду. Тому для цього повинні бути готові і суди і прокуратура і менеджери охорони здоров'я. Елементом психотерапії у середовищі мікрогруп хворих у палаті може навчати середній медичний персонал. Категорично потрібно заборонити вживання хворими чи персоналом паління чи прийому психоактивних речовин (алкоголю).

Список використаних джерел:

1. Hans Henri P. Kluge, Заявление для прессы директора Европейского регионального бюро ВОЗ, 15 октября 2020 г., Копенгаген, Дания, retrieved from: <https://www.euro.who.int/ru/media-centre/sections/statements/2020/statement-covid-19-an-update-on-the-covid-19-situation-in-the-who-european-region>
2. И.Н. Агамамедова, А.Б. Шмуклер с соавторами, "Психические реакции и нарушения поведения у лиц с COVID-19" 2020, retrieved from: <https://con-med.ru/upload/iblock/6d1/Psikh.-reaktsii-pri-Kovid.pdf>

Федорова Олена Анатоліївна

кандидат медичних наук,

асистент кафедри судової медицини та медичного права

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Недлінська Тетяна Юріївна

судово-медичний експерт судово-медичного відділу

ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи» МОЗ України

АНАЛІЗ СМЕРТНОСТІ ОСІБ, ХВОРИХ НА COVID-19, ЗА I КВАРТАЛ 2020 РОКУ

В умовах пандемії нової коронавірусної хвороби COVID-19 особливого значення набула статистика смертності осіб, що померли внаслідок нової хвороби, викликаній збудником SARS-CoV-2. Відомості про смертність від певної нозологічної одиниці важливі не лише для потреб судової медицини, а й для розуміння епідемії в цілому та розробки заходів, направлених на подолання пандемії.

Відомості закордонних колег свідчать, що за I квартал 2020 року в Південній Кореї на понад 10000 підтверджених випадків зараження на COVID-19 сталось 186 смертей; в Німеччині – на 10000 інфікованих померло 160 осіб; а у США – на 10000 інфікованих померло понад 295 осіб[1].

За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України та інших інтернет-ресурсів, станом на 2 квітня 2020 р., було зареєстровано 149064 смерті, серед яких 20 смертей настало від COVID-19, серед яких було 15 жінок та 5 чоловіків. Найбільша смертність була в групі осіб віком 50-59 років: 2 чоловіків та 6 жінок [2]. Усі пацієнти були шпиталізовані та мали позитивний результат тестів на збудник COVID-19.

Однак, станом на 12 квітня 2020 р. було зафіксовано вже 2777 випадків інфікування на COVID-19, з них внаслідок ускладнень померло 83 особи [3]. Однак, насправді дана статистика не точна, оскільки у перші дні пандемії ще не було розроблено рекомендації МОЗ

і тіла померлих внаслідок коронавірусної хвороби видавали для поховання до отримання результатів тестування, а отже в довідках про смерть зазначали інші причини смерті [4].

Однак, діагностика смерті від COVID-19, а відповідно й статистика, досі обмежена з кількох об'єктивних причин. Хоча, за словами головного державного санітарного лікаря В.Ляшка, всіх померлих від пневмонії перевіряють на коронавірус, насправді це не так. В багатьох лабораторіях відмовляються виконувати ПЛР-тести від померлих, мотивуючи це обмеженою кількістю тестів, вкрай необхідних для живих осіб. До того ж, за словами завідувача кафедри патологічної анатомії та судової медицини ЛНМУ ім. Д. Галицького, проф. Ю. Поспішіль, неможливо вказувати COVID-19, як причину смерті, доки це не буде підтверджено вірусологічним дослідженням, на яке треба чекати кілька діб.

Отже, в Україні, станом на квітень 2020 р., COVID-19 вказували, як основну причину смерті лише в випадку розвитку пневмонії. Інші супутні захворювання рубрикували, як фоніві. За словами керівника штабу з ліквідації наслідків НС у місті Є. Мешко, якщо в людини була серйозна супутня патологія, наприклад хронічне серцево-судинне захворювання і вона помирала від інфаркту міокарда, при цьому особа була інфікована на COVID-19, в причину смерті вносили безпосередню причину. Однак, наразі вже відомо, що коронавірус тропний до клітин ендотелію судин та викликає численні тромбоутворення. Останнім часом, судово-медичні експерти спостерігають збільшення гострих інфарктів на фоні інфікування особи на коронавірусну хворобу.

Через це, сподіваємось, що МОЗ України будуть розроблені рекомендації, які дозволять чітко та недвозначно встановлювати причину смерті, асоційовану з коронавірусною хворобою. По мірі збільшення публікацій та набуття досвіду наших та закордонних колег щодо питань встановлення патогенезу та причин смерті, скоріш за все, слід прогнозувати збільшення офіційної статистики смертності від COVID-19 щонайменше в арифметичній прогресії в подальшому.

І дійсно, 05.05.2020 р., в Україні було зафіксовано вже 12697 випадків інфікування, лабораторно підтверджених, з них 316 летальних випадків [5].

Враховуючи вищенаведене, вважаємо, що отримання об'єктивних статистичних даних про смертність від COVID-19 можливе лише після отримання всієї достовірної інформації щодо захворюваності населення на коронавірусну хворобу та смертності від різноманітних причин на фоні лабораторно підтвердженого інфікування на коронавірус та індивідуального підходу до встановлення причини смерті в кожному випадку.

Список використаних джерел

1. О. Куренкова. (2020). Тести для всіх чи ні? URL: <https://hromadske.ua/posts/testi-dlya-vsikh-chi-ni-yak-u-riznih-krayinah-perevirayut-na-koronavirus-i-yak-ce-vplivaye-na-borotbu-z-epidemiyeu>
2. Атанайа Та. (2020). Чи завищували в МОЗ статистику померлих від COVID-19? ЦГЗ МОЗ України URL: <https://greenpost.ua/news/chy-zavyshhuvaly-v-moz-statystyku-pomerlyh-vid-covid-19-i10811>
3. Укрінформ. (2020). В Україні перевіряють на коронавірус усіх померлих від пневмонії URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3003931-v-ukraini-pereviraut-na-koronavirus-usih-pomerlih-vid-pnevmonii.html>
4. Н. Гелій. (2020). Смерть настає, коли майже вся легеня уражена! / Високий замок URL: <https://wz.lviv.ua/interview/422205-smert-nastaie-koly-maizhe-vsia-lehenia-urazhena>
5. Ю. Горбань. (2020). Смертність від коронавірусу: чому в різних країнах її рахують по-різному/ URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-world/3019570-smertnist-vid-koronavirusu-comu-v-riznih-krainah-ii-rahuyut-poriznomu.htm>

Федорова Сніжана Василівна
студентка юридичного факультету
Приватний вищий навчальний заклад
«Фінансово-правовий коледж»

Науковий керівник:
Федорова Олена Анатоліївна
кандидат медичних наук,
викладач курсу судової медицини кафедри права
Приватний вищий навчальний заклад «Фінансово-правовий коледж»

МЕДИЧНІ ТА ЮРИДИЧНІ НАСЛІДКИ ПОРУШЕННЯ ОБСЕРВАЦІЇ ТА САМОІЗОЛЯЦІЇ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ

Медична та юридична галузі знань вимушені швидко реагувати на кардинальні зміни в житті суспільства, особливо, під час пандемії нового захворювання на COVID-19. Виникли нові поняття, які міцно увійшли в наш світогляд. Тобто, поняття про карантин існували й раніше, але лише зараз воно набуло особливого суспільного значення. Але поняття про самоізоляцію є абсолютно новим для наших реалій. І саме тому, дехто з немедичної спільноти й досі не налаштований сприймати ці поняття всерйоз. Можливо, що це пов'язане з тим, що дотепер, згідно чинного законодавства (ст.133 КК України), кримінальній відповідальності підлягали, наприклад, випадки свідомого зараження інших осіб на венеричні хвороби та ВІЛ/СНІД [1]. Але, від початку пандемії та оголошеного карантину, Єдина державна система цивільного захисту була переведена в режим надзвичайної ситуації [2]. Для цього було розроблено цілий пакет нормативно-правових документів. Основним з них є Постанова Кабміну № 211 « Про запобігання поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» від 11.03.2020 р.

В зв'язку з новими для сьогодення реаліями, в нас стали поширеними такі поняття як «самоізоляція», «обсервація» тощо. Загалом, самоізоляція – важлива профілактична міра, яку повинна самостійно застосовувати особа з симптомами COVID-19, щонайменше на 14 діб після зникнення симптомів хвороби.

13.04.2020 р. на позачерговому засіданні Верховної Ради було прийнято Закон (проект № 3320) «Про внесення змін до Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» щодо запобігання поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19)» та в ст.1 було надане таке визначення поняття *самоізоляції*: «перебування особи, щодо якої є обґрунтовані підстави про ризик інфікування або поширення нею інфекційної хвороби, у визначеному нею місці (приміщенні) з метою дотримання протиепідемічних заходів на основі особистого зобов'язання» та *обсервації*: «перебування особи, щодо якої є ризик поширення інфекційної хвороби, в обсерваторії з метою її обстеження та здійснення медичного нагляду за нею» [3].

Досвід розвитку пандемії в нашій країні показав, що значна кількість населення ставиться до питань дотримання карантину та самоізоляції безвідповідально. Про це свідчить й постійно зростаюча офіційна статистика захворюваності, й численні негативні висловлювання користувачів соцмереж проти використання масок та запобіжних заходів. На початку пандемії ми всі були свідками спроб уникнення обсервації численними туристами, які повернулись з-за кордону.

Медичними наслідками порушення умов обсервації та самоізоляції може бути значна небезпека для оточуючих, оскільки особи, які могли бути в контакт з хворими на COVID-19, можуть, в свою чергу, захворіти на безсимптомну форму (як стало зараз відомо) та інфікувати інших.

Розуміючи несерйозну налаштованість частини населення стосовно профілактичних заходів, уряд був вимушений розробити міри відповідальності для порушників – було

поновлено адміністративну та кримінальну відповідальність.

Кодекс України про адміністративні правопорушення було доповнено ст. 44-3 «Порушення правил щодо карантину людей». Наразі, за самовільне залишення місця обсервації (карантину) особою, яка може бути інфікована COVID-19, стаття яка передбачає різні розміри штрафів.

Кримінальну відповідальність було поновлено у ст. 325 Кримінального кодексу в такій редакції: «Порушення правил та норм, встановлених з метою запобігання епідемічним та іншим інфекційним захворюванням, а також масовим неінфекційним захворюванням (отруєнням) і боротьби з ними, якщо такі дії спричинили або завідомо могли спричинити поширення цих захворювань, карається штрафом від тисячі до трьох тисяч неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арештом на строк до шести місяців, або обмеженням волі на строк до трьох років, або позбавленням волі на строк до трьох років». Наразі, ті самі діяння, якщо вони спричинили загибель людей чи інші тяжкі наслідки, караються позбавленням волі на строк від п'яти до восьми років.

Однак, оскільки наша реальність виявила, що і працівники правоохоронних органів не завжди застосовують у власній практиці штрафи, й пересічні громадяни не дуже зважають на таку можливість, оскільки в них просто не існує таких коштів, міри адміністративної відповідальності виявились недостатньо ефективними.

Через це, особисто ми вважаємо, що міри кримінальної відповідальності були поновлені абсолютно правильно та можуть стати ефективною перешкодою на шляху розповсюдження пандемії.

Список використаних джерел

1. Кримінальний кодекс України / Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2001, ст.133 зі змінами та доповненнями станом на 16.10.2020 рік // URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text>
2. Юридичний аналіз заходів із запобігання поширенню коронавірусу. (2020). Українська Гельсінська спілка з прав людини/ URL: <https://helsinki.org.ua/articles/yurydychnyy-analiz-zakhodiv-iz-zapobihannia-poshyrenniu-koronavirusu/>
3. Закон «Про внесення змін до Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» щодо запобігання поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19)». (2020). / URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/555-20#Text>
4. Верховна Рада ввела адміністративну та кримінальну відповідальність за порушення правил карантину при корона вірусі. (2020). Єдиний портал органів МВС України / URL: https://mvs.gov.ua/ua/news/29039_Verhovna_Rada_vvela_administrativnu_ta_kriminalnu_vidpovidalnist_za_porushennya_pravil_karantynu_pri_koronovirusi.htm

Хендель Н.В.

Кандидат юридичних наук,
доцент кафедри міжнародного та європейського права
Національний університет «Одеська юридична академія»

ДІЯЛЬНІСТЬ МІЖНАРОДНОГО ВАЛЮТНОГО ФОНДУ ПО БОРОТБІ З НАСЛІДКАМИ ПАНДЕМІЇ COVID-19

Пандемія COVID-19 самим негативним чином впливає на економіки держав та світову економіку в цілому. Безпрецедентні наслідки має пандемія для усіх сфер життєдіяльності людини і функціонування держави та міжнародних організацій. На перший погляд держави опинилися сам на сам, віч на віч з пандемією коронавірусу. Проте роль

міжнародного співтовариства, міжнародних організацій стала ще більш визначальною. Лише спільними зусиллями, зусиллями людства можливо подолати як пандемію COVID-19, так і її наслідки. Міжнародний валютний фонд (далі – МВФ) здійснює діяльність щодо боротьби з наслідками пандемії COVID-19.

МВФ співпрацює з державами-членами, надаючи їм необхідне екстрене фінансування, і при цьому продовжує боротьбу з корупцією та нецільовим використанням гостро необхідної фінансової підтримки [1]. Дуже часто в державах кошти виділені на подолання наслідків пандемії коронавірусу через корупцію не використовуються за призначенням. Генеральний секретар ООН Антоніу Гутерріш зазначає, що «Вона [корупція] ще більш згубна під час кризи – як зараз, коли світ переживає пандемію COVID-19.» [2]. Актуальність даної проблеми знайшла своє відображення в діяльності Групи держав Ради Європи по боротьбі з корупцією, яка підготувала керівні принципи попередження корупції в контексті надзвичайної ситуації в галузі охорони здоров'я, викликані пандемією COVID-19 [3]. Голова Групи держав Ради Європи по боротьбі з корупцією Марін Мрчела підкреслює, що спалах епідемії COVID-19 підвищує корупційні ризики, особливо в галузі охорони здоров'я [3]. Після закінчення пандемії COVID-19 МВФ буде продовжувати здійснювати зобов'язання щодо вирішення питань, пов'язаних з управлінням і корупційною вразливістю в державах-членах.

У 2018 році МВФ прийняв Основу для розширення залученості Фонду в роботу з питань управління, яка включає наступні напрями: нагляд у рамках консультацій, програми кредитування, діагностика управління, розвиток потенціалу, дослідження та інформаційна робота [1]. Екстрене фінансування МВФ надається через прямі виплати з дотриманням принципів прозорості та підвітності задля подолання наслідків пандемії COVID-19.

Щоб надати екстрене фінансування, по-перше, МВФ може просити офіційні органи держав-членів в їхніх Листах про наміри брати на себе зобов'язання щодо забезпечення використання екстреної допомоги на найнагальніші цілі, пов'язані з подоланням кризи, яку призвела пандемія COVID-19, а не для інших цілей. По-друге, МВФ може оцінювати, які заходи з управління державними фінансами, боротьби з корупцією та відмиванням грошей МВФ може вимагати від держав-членів ввести без невинуватого зволікання для отримання екстрено необхідних виплат. По-третє, МВФ повинен стежити, щоб стосовно екстрених ресурсів застосовувалася політика оцінки захисних механізмів. Отже, прийняття рішень МВФ щодо екстреного фінансування базується на двох зобов'язань держав-членів: (1) не використовувати екстрене фінансування не за призначенням, лише для подолання кризи, яку призвела пандемія COVID-19; (2) прийняття низки заходів у боротьбі з корупцією та відмиванням грошей; (3) прийняти політику оцінки захисних механізмів під час кризи, пов'язаної з пандемією COVID-19. Дані зобов'язання прийняли Афганістан, Болівія, Домініканська Республіка, Киргизька Республіка, Мавританія, Пакистан і Сан-Томе і Принсіпі [1].

13 квітня 2020 р. Виконавча рада МВФ прийняла рішення щодо полегшення заборгованості для 25 держав-членів у рамках переглянутого механізму Трастового фонду для обмеження і подолання наслідків катастроф, який є складовою заходів, прийнятих задля подолання наслідків пандемії COVID-19 [4]. 15 квітня 2020 р. Виконавчий рада МВФ затвердила створення лінії короткострокової підтримки ліквідності держав-членів з високими економічними показниками для короткострокової підтримки платіжного балансу з метою подальшого зміцнення глобальної системи фінансової безпеки в рамках заходів Фонду у боротьбі з наслідками COVID-19 [5].

Отже, МВФ допомагає державам-членам у боротьбі з наслідками пандемії COVID-19 шляхом надання екстреного фінансування, полегшення заборгованості, короткострокової підтримки ліквідності держав-членів, а в свою чергу держави-члени зобов'язані, перш за все, прийняти заходи щодо боротьби з корупцією та відмиванням грошей та ін.

Список використаних джерел

1. How the IMF is Promoting Transparent and Accountable Use of COVID-19 Financial Assistance. URL.: <https://www.imf.org/en/About/Factsheets/Sheets/2020/04/30/how-imf-covid19-financial-help-is-used>
2. Corruption is the ultimate betrayal of public trust. URL.: <https://www.un.org/en/coronavirus/statement-corruption-context-covid-19>
3. COVID-19 pandemic: GRECO warns of corruption risks. URL.: <https://www.coe.int/en/web/portal/-/covid-19-pandemic-greco-warns-of-corruption-risks>
4. IMF Executive Board Approves Immediate Debt Relief for 25 Countries. URL.: <https://www.imf.org/en/News/Articles/2020/04/13/pr20151-imf-executive-board-approves-immediate-debt-relief-for-25-countries><https://www.imf.org/en>
5. IMF Adds Liquidity Line to Strengthen COVID-19 Response. URL.: <https://www.imf.org/en/News/Articles/2020/04/15/pr20163-imf-adds-liquidity-line-to-strengthen-covid-19-response>

Холодова Маргарита Ігорівна

студентка 2 медичного факультету

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Науковий керівник:

Федорова Олена Анатоліївна

кандидат медичних наук,

асистент кафедри судової медицини та медичного права

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

ОЗНАКИ ЦИТОКІНОВОГО ШТОРМУ, ЯКІ МОЖУТЬ БУТИ ДІАГНОСТОВАНІ ПІД ЧАС СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТРУПА

На початку діагностики у хворих на новий вірус COVID-19 науковці та лікарі вважали єдиним можливим патогенетичним механізмом та проявом захворювання – наявність вірусної пневмонії (оскільки вважали, що вірус є тропним до легеневої тканини). Аналізуючи результати досліджень зарубіжних колег, першою здогадкою про можливо більш складний патогенетичний механізм захворювання на вірус SARS-COV-2 був результат аналізу сироватки крові: значне підвищення рівня цитокінів (IFN γ , IL-6 та GM-CSF) у випадку важкого перебігу (з тяжким ГРДС) коронавірусної хвороби [1].

Стало відомо, що ГРДС та пневмонія у летальних випадках найчастіше зумовлена неадекватно агресивною реакцією з боку імунної системи, що проявляється масивним викидом таких прозапальних цитокінів як IFN- β , IFN- γ , IL-1 α , IL-6, IL-12, IL-17, IL-18, IL-33, TNF- β , G-CSF, GM-CSF, IP10, C-реактивний білок (CRP), MCP1 та MIP16 [2]. Також, щодо іншого патогенетичного механізму, можливим тригером розвитку цитокінової бурі можуть бути молекули активних радикалів кисню, які продукуються у дихальному ланцюгу мітохондрій: відбувається активація запального каскаду з подальшим вивільненням прозапальних цитокінів, у тому числі: TNF- β , IL-1 α , IL-2 та IL-6 та молекул адгезії у геометричній прогресії. Також активуються множинні фактори транскрипції, ініціюється секреція та вивільнення прозапальних цитокінів [3-5]. Крім того, експресія hPNAseold-35 сама по собі індукує вироблення АФК.

Відомо, що люди з ожирінням мають більший відсоток летальності на COVID-19, ніж люди без нього (при нормальному індексі маси тіла). Рівень смертності у людей похилого віку становив приблизно 2%, а серед людей похилого віку із ожирінням становив приблизно 14%, оскільки жирова тканина (білий жир) сама по собі може виділяти запальні речовини-цитокіни – адипокіни (наприклад, амілоїд-А), інтерлейкіни 6, IL-8, IL-1 α , а також TNF- β , які діють безпосередньо на макрофаги та також збільшують генерацію прозапальних цитокінів

[6, 7]. При важкому перебігу SARS-COVID-2 патоморфологічні зміни будуть подібними до сепсису через ознаки синдрому системної запальної відповіді, при якому обов'язково буде підвищений рівень більшості прозапальних цитокінів в сироватці крові, що має неабияку діагностичну значущість.

З досвіду зарубіжних судово-медичних експертів, також відомо, що цитокиновий шторм може безпосередньо призводити до загибелі імунних клітин, пошкодження тканин та рефлекторної зупинки дихання[8]. Згідно результатів розтину пацієнтів, померлих через важкий перебіг COVID-19, було виявлено атрофію та некроз селезінки, некроз лімфовузлів, крововиливи в нирки, гепатомегалію та дегенерацію нейронів центральної нервової системи у пацієнтів з COVID-19. Колеги вивчали та звертали увагу на характерні морфологічні особливості саме цитокинового шторму при COVID-19: ознаки, що свідчили про переважне залучення Т-клітин до максимально ураженого на SARS-COVID-19 органу:

- скупчення переважно мононуклеарних лейкоцитів у легенях
- низький рівень гіперактивних Т-клітин у периферичній крові.

У разі тяжкого перебігу COVID-19 морфологічно виявляли дифузне

альвеолярне ушкодження, що характеризувалося наявністю гіалінових мембран, відкладеннями фібрину та множинними переважно фібриновими мікротромбозами. Альвеолярні перегородки були інфільтровані лімфоцитами (CD3, CD4, CD8 +). В деяких було виявлено інтерстиціальний фіброз та організацію фіброзного ексудату з ділянками проліферації фібробластів. В дослідженнях Fox et al. було знайдено численні інтраваскулярні гіперхромні мегакаріюцити (CD61+) з атиповими ядрами, що є потенційним джерелом подальшого формування дифузного тромбозу.

Гістологічне дослідження показало знижений рівень CD4 + Т-клітин та CD8 + у селезінці та лімфатичних вузлах. Крім того, в легенях з ГРДС основними клітинами в запальному інфільтраті були моноцити та макрофаги паралельно з лімфоцитопенією. Спостерігалися ознаки дисемінованого внутрішньосудинного мікротромбозу з ділянками осередкового некрозу, тромбозу в гломерулярних капілярах, вінцевих судинах з формуванням ГІМ та множинну тромботичну мікроангіпатію в легенях. Зрозуміло, що лабораторно при цьому був значно підвищений рівень такого показника як D-димер, що є аналітичним маркером гіперкоагуляції.

Не беручи до уваги змін рівня прозапальних цитокінів, АФК, експресії специфічних рецепторів та рівня запальних гострофазових білків у сироватці крові, інші лабораторні показники свідчили про зміну кількості імунних клітин при зараженні на COVID-19 [9]. У пацієнтів з важким перебігом COVID-19, лімфопенія є загальною ознакою, із яскравою картиною якісних змін у вигляді значного зменшення кількості CD4 + Т-клітин, CD8 + Т-клітин, В-клітин і НК-клітин.

Різноманіття проявів хвороби спонукає судово-медичних експертів до пошуку нових, більш специфічних маркерів хвороби для підтвердження етіології COVID-19. Отже, зважаючи на вищезазначені результати досліджень, ми можемо оцінити перспективу і діагностичну значущість маркерів цитокинового шторму, виявлених як лабораторно, так і морфологічно, для судово-медичної практики.

Список використаної літератури:

1. Nilam Mangalmurti, Christopher A. Hunter (2020). Cytokine Storms: Understanding COVID. *Immunity* (1), 19–25. URL:<https://doi.org/10.1016/j.immuni.2020.06.017>
2. Shieh J.-M., Tseng H.-Y., Jung F., Yang S.-H., Lin J.-C. (2019). Elevation of IL-6 and IL-33 levels in serum associated with lung fibrosis and skeletal muscle wasting in a bleomycin-induced lung injury mouse model. *Mediators of inflammation* URL: <https://doi.org/10.1155/2019/7947596>
3. Lavrovsky Y, Chatterjee B, Clark RA, Roy AK. (2000). Role of redox-regulated transcription factors in inflammation, aging and age- related diseases. *Experimental gerontology*, (5), 521–32.

4. Sarkar D, Fisher PB. (2006). Molecular mechanisms of aging-associated inflammation. *Cancer Letters*, (1), 13–23.
5. Sarkar D, Lebedeva IV, Emdad L, Kang DC, Baldwin AS Jr, Fisher PB. (2004). Human polynucleotide phosphorylase (hPNPase- old-35): a potential link between aging and inflammation. *Cancer Research*, (20), 7473-7478.
6. Petrakis D, Marginr D, Tsarouhas K, Tekos F, Stan M, Nikitovic D, Kouretas D, Spandidos DA, Tsatsakis A. (2020). Obesity - a risk factor for increased COVID-19 prevalence, severity and lethality (Review). *Molecular Medicine Reports*, 9-19.
7. Ghosh AK, Mau T, O'Brien M, Garg S, Yung R. (2016). Impaired autophagy activity is linked to elevated ER-stress and inflammation in aging adipose tissue. *Aging*, (10), 2525–2536.
8. Cao X. (2020). COVID-19: immunopathology and its implications for therapy. *Nature reviews. Immunology*, (20), 269–270.
<https://doi.org/10.1038/s41577-020-0308-3>
9. Park MD. (2020). Macrophages: a Trojan horse in COVID-19? *Nature reviews. Immunology*,(20), 350–351 <https://doi.org/10.1038/s41577-020-0317-2>

Цезар Анна Романівна

студентка групи ПР-102М

Юридичного факультету

Національний авіаційний університет

Науковий керівник:

Ергард Наталія Миколаївна

кандидат медичних наук, доцент

професор кафедри кримінального права та процесу

Національний авіаційний університет

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ЛЮДИНИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

Навесні 2020 року весь світ охопила пандемія, пов'язана з поширенням корона вірусу COVID-19. По всіх країнах в різні проміжки часу почали застосовувати карантин, а також інші заходи, спрямовані на боротьбу з епідемією. Такі заходи не лише обмежили права громадян на вільне пересування, але спричинило багато проблемних питань пов'язаних не лише із медичним забезпеченням, але й з поінформованістю пацієнтів щодо їхніх прав у медичній сфері.

Якщо розглянути право пацієнта на «доступність у галузі охорони здоров'я», то необхідно зазначити, що кожна особа має право не лише на доступні медичні послуги, але й кожен медичний заклад повинен забезпечити однаковий доступ до отримання пацієнтам необхідної медичної допомоги, незалежно від їх місця проживання, виду хвороби та фінансової можливості [1].

Однак, слід зазначити, що є певні особливості щодо забезпечення медичної допомоги для хворих на інфекційні хвороби, а саме: в Законі України «Про захист населення від інфекційних хвороб» зазначається, що: «Особи, хворі на інфекційні хвороби, контактні особи та бактеріоносії, які створюють підвищену небезпеку зараження оточуючих, підлягають своєчасному та якісному лікуванню, медичному нагляду та обстеженням. Особи, які хворіють на особливо небезпечні та небезпечні інфекційні хвороби, є носіями збудників цих хвороб або перебували в контакті з такими хворими чи бактеріоносіями, а також хворі на інші інфекційні хвороби у разі, якщо вони створюють реальну небезпеку зараження оточуючих, підлягають лікуванню, медичному нагляду та обстеженням у стаціонарах відповідних закладів охорони здоров'я чи наукових установ» [2].

У вище зазначеному Законі також передбачено «право на безкоштовне лікування у медичних закладах різної форми власності». Це право гарантує пацієнтам з інфекційною

хворобою можливість лікуватися в медичних закладах за кошти державного або місцевого бюджету [2].

Необхідно також сказати і про «*право на вільний вибір лікаря*», на яке має особа, якщо її фізичний стан потребує необхідної медичної допомоги, то така особа має право на звернення до будь-якого медичного закладу за власним вибором, і там йому мають надати кваліфіковану медичну допомогу [3]. І набуває такого права особа, після досягнення нею 14-річного віку.

Ще одним є «*право на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я*». «Пацієнт має право на отримання інформації про стан свого здоров'я, а також на доступ до медичних документів, в яких міститься інформація щодо здоров'я пацієнта. Якщо пацієнт ще не досяг повноліття, то цим правом щодо своєї дитини користуються батьки або усиновлювачі» [3; 4].

Ще одним важливим питанням, на яке необхідно звернути увагу, так це те, що кожна особа має «*право на отримання достовірної інформації щодо епідемічної ситуації в Україні*». Саме «Органи влади та місцевого самоврядування, а також представники закладів охорони здоров'я зобов'язані періодично повідомляти інформацію про епідемічну ситуацію та запроваджені заходи протидії епідемії» [2].

Право на інформацію поєднується з «*правом на згоду щодо застосування методів діагностики, профілактики та лікування*». Для проведення діагностичних або лікувальних заходів, необхідність яких зумовлена клінічним протоколом медичної допомоги «COVID-19», необхідна згода самого пацієнта, про що і йде мова у чинному законодавстві [5]. Проте, існують випадки, коли лікар може здійснювати зазначені заходи без згоди пацієнта. Зазвичай, це заходи крайньої необхідності, коли пацієнт знаходиться у тяжкому стані і не може дати згоду, або не в повній мірі сприймає інформацію [5].

У ст. 39-1 Основ зазначається, що «Пацієнт має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні. Забороняється вимагати та надавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта» [3].

Однак, незважаючи на те, що змінилися особливості життя в умовах пандемії, в законодавстві і досі не передбачено спеціальних положень щодо можливості розголошення медичної таємниці особи у випадку її інфікування інфекційною хворобою [3]. Хоча інформація про інфікованих осіб розповсюджується в різних масштабах, тому доцільним буде приділити увагу цьому питанню з подальшим врегулюванням проблемного питання з правової точки зору [3].

Висновки: Таким чином, здійснивши аналіз законодавства, можна дійти висновку, що в умовах протидії поширенню в Україні коронавірусної інфекції COVID-19 права пацієнтів отримали нове вираження, а загальні права, які стосуються здоров'я людини, набули спеціального значення.

Список використаних джерел

1. Європейська соціальна хартія: Хартія Ради Європи від 03.05.1996 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062 (дата звернення: 29.10.2020).
2. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України від 06.04.2000 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text> (дата звернення: 29.10.2020).
3. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 29.10.2020).
4. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15> (дата звернення: 29.10.2020).
5. Протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0> (дата звернення: 29.10.2020).

Чуприна Олена Віталіївна

кандидат медичних наук, доцент,
професор кафедри криміналістики та судової медицини
Національна академія внутрішніх справ

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПОРЯДКУ ОГЛЯДУ ВОДІЇВ З МЕТОЮ ВИЯВЛЕННЯ ОЗНАК АЛКОГОЛЬНОГО ТА НАРКОТИЧНОГО СП'ЯНІННЯ

За інформацією патрульної поліції у 2019 році на українських дорогах було зареєстровано 5189 дорожньо-транспортних пригод які сталися внаслідок перебування водіїв у нетверезому стані. Під час 1216 таких дорожньо-транспортних пригод з нетверезими водіями загинули 106 людей, ще 1616 осіб було травмовано. У порівнянні з 2018 роком, кількість таких інцидентів зросла майже на 4% [1].

Відповідно до Інструкції Міністерства внутрішніх справ України та Міністерства охорони здоров'я України «Про порядок виявлення у водіїв транспортних засобів ознак алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції» огляд водія на місці зупинки транспортного засобу здійснюють поліцейські, які мають спеціальні звання.

Поліцейські використовують спеціальні технічні засоби, які мають сертифікат відповідності та свідоцтво про повірку робочого засобу вимірювальної техніки. Встановлення стану алкогольного сп'яніння здійснюється після проведення тесту на підставі цифрових показників більше 0,2 проміле алкоголю в крові. Результати огляду зазначаються в «Акті огляду на стан алкогольного сп'яніння з використанням спеціальних технічних засобів». У випадку встановлення стану сп'яніння результати огляду, проведеного поліцейським, зазначаються у протоколі про адміністративне правопорушення, до якого долучається даний акт [2].

У разі вчинення дорожньо-транспортної пригоди, внаслідок якої настала смерть або травмування людини, проведення огляду для встановлення факту алкогольного сп'яніння, визначення наркотичного засобу чи психотропної речовини, обов'язково проводиться лікарем закладу охорони здоров'я (у сільській місцевості за відсутності лікаря – фельдшером фельдшерсько-акушерського пункту), який пройшов тематичне удосконалення за відповідною програмою згідно чинного законодавства в найближчому закладі охорони здоров'я, якому надано на це право [3].

«Висновок щодо результатів медичного огляду з метою виявлення стану алкогольного сп'яніння, визначення наркотичного засобу чи психотропної речовини або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції» складається в усіх випадках безпосередньо після огляду особи та видається на підставі акту медичного огляду.

Відповідно до ст. 21 Кримінального кодексу України, «Особа, яка вчинила злочин у стані сп'яніння внаслідок вживання алкоголю, наркотичних засобів або інших одурманюючих речовин, підлягає кримінальній відповідальності».

Згідно зі статтею 242 Кримінально-процесуального кодексу України судова експертиза проводиться експертною установою, експертом або експертами, яких залучають сторони кримінального провадження або слідчий суддя (за клопотанням сторони захисту у випадках та порядку, передбачених статтею 244 КПК), якщо для з'ясування обставин, що мають значення для кримінального провадження, необхідні спеціальні знання. Судово-медична експертиза проводиться лише згідно з постановою особи, що проводить дізнання, слідчого, прокурора, судді, а також за ухвалою суду. Проведення судово-медичної експертизи здійснюється фахівцями державних установ судово-медичних експертиз Міністерства охорони здоров'я України та може здійснюватись лікарями на підприємницьких засадах на підставі ліцензії, що видається Міністерством охорони здоров'я

України [4].

Всі отриманні дані під час проведення експертизи фіксуються у «Висновку експерта». Якщо під час проведення експертизи виявляється факт сп'яніння, який має значення для провадження, але щодо якого не було поставлено питання в постанові, судово-медичний експерт повинен про це обов'язково повідомити слідчого та вказати на це у своїх висновках.

Таким чином, усе вище викладене дозволяє зробити висновок, що огляд працівником поліції чи лікарем закладу охорони здоров'я водія на стан сп'яніння не є судово-медичною експертизою, на що вказують відмінності нормативно-правового забезпечення проведення цих процесуальних дій.

Список використаних джерел

1. Смертність на українських дорогах /ua.112.ua. URL: <https://ua.112.ua/statji/nevdalyi-maneyr-chomu-ukraintsi-hynut-na-dorohakh-523057.html>.
2. Інструкція Міністерства внутрішніх справ України та Міністерства охорони здоров'я України «Про порядок виявлення у водіїв транспортних засобів ознак алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції» від 09.11.2015 № 1452/735 URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1413-15>.
3. Кодекс України про адміністративні правопорушення від 07.12.84 № 8074-10 URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/80732-10/paran593#n593>.
4. Інструкція Міністерства охорони здоров'я України «Про проведення судово-медичної експертизи» від 17.01.95 № 6 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0254-95#Text>.

Шевчук Т.А.

кандидат юридичних наук,
викладач кафедри кримінального права і кримінології факультету №1
Харківський національний університет внутрішніх справ

Грубнік А.В.

курсант факультету №1
Харківський національний університет внутрішніх справ

КРИМІНАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ПОРУШЕННЯ САНІТАРНИХ ПРАВИЛ І НОРМ ЩОДО ЗАПОБІГАННЯ ІНФЕКЦІЙНИМ ХВОРОБАМ ТА МАСОВИМ ОТРУЄННЯМ

Історична мінливість та соціальна обумовленість злочинності вимагає зваженої та обґрунтованої законодавчої політики держави особливо якщо це стосується питань, пов'язаних з посиленням репресивної складової в законодавстві. На сьогоднішній день такі зміни в Україні зумовлені новими викликами, які постали перед країною у зв'язку із стрімким поширенням захворювання на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-COV-2, і є намаганнями законодавця захистити здоров'я населення України, а у разі масового поширення інфекційних хвороб серед населення (епідемії), то і людські життя, як найвищої соціальної цінності.

17 березня 2020 року в Україні було прийнято Закон «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19)» [1]. Це торкнулося і кримінального законодавства. Зокрема, була змінена редакція статті ст. 325 Кримінального кодексу України (*далі КК України*), яка міститься в розділі XIII Особливої частини КК України «Кримінальні правопорушення у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів та інші злочини проти здоров'я населення». Цим законом було посилено

кримінальну відповідальність за вчинення розглядуваного злочину, що спрямовано на запобігання виникнення і поширення коронавірусної хвороби (COVID-19).

Слід зауважити, що до 2020 року дана норма практично не зазнавала законодавчих змін. Так санкція ч. 1 статті 325 КК України раніше передбачала покарання у вигляді штрафу до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арештом на строк до шести місяців, або обмеженням волі на строк до трьох років, а нова редакція статті 325 у відповідності до розглядуваного Закону діє протягом трьох місяців з дня його опублікування, передбачає покарання у вигляді штрафу від тисячі до трьох тисяч неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арештом на строк до шести місяців, або обмеженням волі на строк до трьох років, або позбавленням волі на строк до трьох років.

Однак, чи виявилися ефективними такі зміни? Чи стала ця норма «працюючою» та чи виправданим було посилення кримінальної відповідальності за вчинення розглядуваного злочину? З цього приводу виникають питання та дискусії як у теоретичній, так і у практичній площині.

Такі кроки законодавця обумовлені з одного боку, необхідністю приведення національного законодавства у відповідність до норм міжнародного права та досвіду вирішення цього питання в зарубіжних країнах, а з іншого – прагненням врегулювання та захисту охоронюваних законом суспільних відносин, що виникають у зв'язку із поширенням коронавірусної інфекції в Україні.

В даному випадку кримінальне право в особі кримінального Закону виступає в якості соціального регулятора, який має відповідати реаліям сьогодення.

Посилення кримінальної відповідальності за вчинення злочину, передбаченого ст. 325 КК України, відповідає нинішнім викликам і матиме позитивний ефект і в майбутньому. Воно сприятиме захисту життя та здоров'я людей, зменшенню соціального напруження, зниженню рівня правопорушень та подолання кризових явищ. Адже кримінальні правопорушення, що пов'язані з порушенням певних правил і норм, в своїй основі базуються на людському факторі, тому формування правосвідомості населення потребує залучення багатьох соціальних інститутів, адже в майбутньому можуть з'явитися нові віруси і хвороби, доповнюватись Перелік особливо небезпечних інфекційних та паразитарних хвороб людини і носійства збудників цих хвороб. Як саме буде називатись новий вид вірусу не має значення. Важливо те, що запобігати поширенню цих хвороб слід виважено і системно, використовуючи всі важелі громадянського суспільства, силу Закону України про кримінальну відповідальність, в тому числі. Однак, незрозумілою є позиція законодавця вирішувати подібні питання ситуативно, строково, в даному випадку законодавець діє реакційно на ситуацію, яка склалася за гіршим сценарієм. На нашу думку, посилення кримінальної відповідальності повинно ґрунтуватися на безсумнівних та беззаперечних вимогах часу, помилка тут недопустима, рівно як і поспіх, адже подібні дії можуть сприяти порушенню основних принципів кримінального права.

З цього приводу вчені та практичні працівники – фахівці в галузі кримінального права та кримінології (П.Л. Фріс «Кримінально-правова політика: доцільність криміналізації та кримінальних покарань», О.П. Рябчинська «Удосконалення системи покарань за КК України – дискусії тривають», Л.В. Левицька «Якість кримінального закону України як показник ефективності кодифікації законодавства», В.Я. Тацій «Стабільність як умова ефективності законодавства України про кримінальну відповідальність» та ін.) застерігають відносно того, що існує ризик надмірності та необґрунтованості посилення кримінальної відповідальності за кримінальні правопорушення у кримінальному законодавстві України.

Запобіжна функція кримінального закону буде реалізована значно ефективніше в комплексі з глибоким науково – практичним аналізом чинників соціального, економічного, морального, культурного, виховного характеру, результати якого будуть покладені в основу внесення змін до КК України. Кількість не завжди переходить в якість, а ефективність

покарання визначає не його суворість, а невідворотність. В цьому контексті законодавчий орган повинен враховувати вимоги виробленої роками кримінально – правової політики/курсу держави в даному напрямку з обов'язковим неухильним дотриманням вимог законодавчої техніки. Нова проблема завжди потребує пошуку нових шляхів її вирішення, а не короткострокових фрагментарних змін, особливо якщо вони торкаються посилення репресивної складової в законодавстві. Вона повинна відповідати вимогам часу, однак бути виваженою і науково обгрунтованою.

Список використаних джерел

1. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19): Закон України від 17.03.20 р № 530-IX [Електронний ресурс]. Режим доступу: [http:// URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/530-20](http://URL:https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/530-20) (дата звернення 20.10.2020р.)

Щепанський Сергій Олександрович,
лікар-інтерн групи №502 кафедри судової медицини
ХМАПО

Науковий керівник:
Лис Дмитро Олександрович
кандидат медичних наук,
асистент кафедри судової медицини
ХМАПО

ОСНОВИ ПАТОЛОГІЧНОЇ АНАТОМІЇ COVID-19

При аутопсії патологічні зміни різної ступені тяжкості та поширеності виявлені у всіх померлих від COVID-19 в легенях, однак відмічається одночасне ураження інших органів, які в окремих спостереженнях по своїй тяжкості можуть переважати над легеневиими змінами і бути причиною смерті.

Приєднання бактеріальної (або, рідко, грибової) інфекції у вигляді вірусно-бактеріальної та грибової (клебсіела, стафілококи, кандиди та ін.) пневмонії, а також сепсису і септичного (інфекційно-токсичного) шоку є характерним переважно у хворих, які тривалий час (більше тижня) перебувають на ШВЛ [1].

Основним морфологічним проявом в легенях є дифузне альвеолярне пошкодження (ДАП) в поєднанні з залученням до патологічного процесу судинного русла легенів та альвеолярно-геморагічним синдромом. На аутопсії легені збільшені в обсязі і масі, причому у частини хворих вражені переважно задні-базальні відділи (зустрічається приблизно в 1/3 летальних результатів), а на розтині в їх передніх відділах спостерігається гостре здуття (тканина легень підвищеної легкості, рожевого кольору, ріжеться з хрустом). Зміни легень макроскопічно відповідають поняттю «шокова легеня». Тканина легень дифузно ущільнена і практично безповітряна, на поверхні характерного «лакового» виду, на розрізі темно-вишневого або червоно-бурого кольору, з ділянками ателектазу, часто великими зливними крововиливами і нерідко – різної величини геморагічними інфарктами. Також характерні множинні пристінкові і обтураційні тромби гілок легеневиих артерій і вен різного калібру, причому в окремих випадках тромбоз легеневої артерії поширюється на праві відділи серця - шлуночок і навіть передсердя.

Тромби гілок легеневої артерії слід диференціювати з тромбоемболами, які також виявляються в частині спостережень, а їх джерелом являються глибокі вени нижніх кінцівок, вени малого таза, рідше – праві відділи серця. На плеврі у частини померлих були виявлені характерні накладення фібрину (вогнищевий і поширений фібринозний плеврит зазвичай без значного випоту в плевральних порожнинах), причому не тільки при геморагічних

інфарктах. При приєднанні бактеріальної суперінфекції розвивається фібринозно-гнійний плеврит.

На відміну від грипу, для COVID-19 не характерний трахеобронхіт з яскравою запальною гіперемією. У більшості спостережень слизова оболонка бліда, без явних пошкоджень, з точковими крововиливами при ДВС-синдромі. Винятком є померлі, що знаходилися на ШВЛ, з розвитком бактеріальних трахеїтів та бронхітів. Типово виражене гостре загальне венозне повнокров'я, у великої частини померлих – мікроангіопатія і ДВС-синдром з поширеним геморагічним синдромом (включаючи шкіру, слизові і серозні оболонки), свіжі або організовані тромби в просвітах артерій і вен різної локалізації (крім легень). У окремих померлих був діагностований сепсис (етіологія – різна бактеріальна змішана флора), який протікав з поліорганными гнійними вогнищами (септикопемія), а також септичний шок, що спостерігається частіше [2].

У головному мозку виявлено дифузні гіпоксичні і осередкові, різної величини ішемічні ушкодження, аж до розвитку ішемічних інфарктів (при тромбозах великих артерій), мікроангіопатія, васкуліти, діapedезні і зливні крововиливи, які іноді прогресують до геморагічних інфарктів і, рідше, гематом.

У міокарді також характерні дифузні гіпоксичні, метаболічні і різної величини ішемічні ушкодження, рідше – мікроангіопатія, петехіальні і зливні крововиливи. При тромбозах коронарних артерій у частини померлих розвивалися дрібновогнищеві, рідше – трансмуральні інфаркти міокарда. Такі інфаркти міокарда слід диференціювати з інфарктами міокарда І типу при ускладнених нестабільних атеросклеротичних бляшках коронарних артерій серця – самостійними нозологічними одиницями з групи ІХС.

У нирках спостерігаються гіпоксичні, метаболічні та ішемічні ушкодження – синдром гострої ниркової недостатності з некрозом і дистрофічними / некротичними змінами епітелію звивистих каналців. Зустрічалися ішемічні інфаркти, внаслідок тромбозів артерій нирок різного калібру.

У печінці, у всіх спостереженнях виявлялася жирова дистрофія різного ступеня вираженості, ймовірно гіпоксичного і метаболічного, можливо і ятрогенного патогенезу. Характерні осередкові крововиливи і, в окремих випадках, лімфоїдна інфільтрація порталних трактів. У частині спостережень виявлені великі некрози тканини печінки, аж до субтотальних, ймовірно, гіпоксичного генезу.

У селезінці відмічалася різної міри гіперплазія, на розрізі повнокровна, давала помірний зішкріб, зустрічалися її інфаркти і тромби в судинах.

Патологія шлунково-кишкового тракту представляє великий інтерес у зв'язку з повідомленнями про кишкових клінічних проявах COVID-19 і розвитку катарального гастроентероколіту. Однак вивчення змін слизової оболонки утруднено посмертним аутолізом, і характер патологічних змін шлунково-кишкового тракту залишається поки недостатньо вивченим.

Зміни шкіри відрізняються надзвичайним поліморфізмом і, ймовірно, різноманітною етіологією, від геморагічного синдрому до різних висипань, гістологічно виявлялася мікроангіопатія у вигляді деструктивно-продуктивного тромбоваскуліта [2,3].

Висновки: Крім змін у легенях, різного ступеня вираженості, на аутопсії були виявлені різноманітні ураження інших органів і систем, патогенез яких носить складний багатофакторний характер. Серед таких основних факторів - специфічне вірусне ушкодження, гіпоксія, мікроангіопатія, гіперкоагуляція і гіперергічна імунна реакція (можливо, і аутоімунна), а також ятрогенні лікарські пошкодження. При аутопсії патологічні зміни різної ступені тяжкості та поширеності виявлені у всіх померлих від COVID-19 в легенях, однак відмічається одночасне ураження інших органів, які в окремих спостереженнях по своїй тяжкості можуть переважати над легеневиими змінами і бути причиною смерті.

Список використаних джерел:

1. Зайратьянц О. В. (ред.), Самсонова М. В., Михалева Л. М., Черняев А. Л., Мишнев О. Д., Крупнов Н. М. (2020). Патологическая анатомия легких при COVID-19. Атлас. Москва: Издательство ГУП РО «Рязанская областная типография», С.15-19.
2. Ковалев А.В., Франк Г.А., Минаева П.В., Тучик Е.С. (2020). Исследование умерших с подозрением на коронавирусную инфекцию (COVID-19). Временные методические рекомендации, С.14-15.
3. Цинзерлинг В. А., Вашукова М. А., Васильева М. В., Исаков А. Н., Луговская Н. А., Наркевич Т. А., Суханова Ю. В., Семенова Н. Ю., Гусев Д. А. (2020). Вопросы патоморфогенеза новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Журнал инфектологии, С.5-11.

АЛФАВІТНИЙ ЗМІСТ

Бабкіна Т.М.	7	Михайличенко Б.В.	55
Бабкіна О.П.	17, 21	Недлінська Т.Ю.	21, 71
Басараб Я.В.	40	Овчарова-Дубина Н.М.	27
Берзіна А.Б.	8	Пасечник О. В.	58
Біляков А.М.	11	Плетенецька А.О.	59
Бондар С.С.	13	Полюк Н.О.	61
Бондаренко В.В.	14	Савостікова Н.Л.	63
Бугайова Н.М.	15	Савчук Т.В.	63
Варуха К.В.	17	Сапелкін В.В.	25
Вертипорох Ж.В.	19	Семчук Н.О.	67
Волобуєв О.Є.	21	Сисоєва В.П.	53
Гладких Д.Б.	23, 25	Смирнова Г.С.	7
Грубнік А.В.	81	Сопілко І.М.	67
Гуров О.М.	23, 25	Стащак А.Ю.	49
Данченко А.А.	27	Сюмак В.Є.	68
Демченко І.С.	28	Тертишник С. І.	69
Дідук Р.Г.	30	Федорова О.А.	17, 71
Дроншкевич Є.О.	31	Федорова С.В.	73
Дубровська О.М.	21	Хижняк В.В.	33
Дудник В.В.	23	Хендель Н. В.	74
Дунаєв О.В.	33	Холодова М.І.	76
Дяченко С.А.	34	Цезар А.Р.	78
Ергард Н.М.	36	Чуприна О.В.	80
Зарицький Г.А.	37	Шевчук Т.А.	81
Зосименко О.М.	38	Щербак В.В.	23
Каплуновський П.А.	33	Щепанський С.О.	83
Капустник В.В.	49		
Кашапова Н.Р.	40		
Кашинцева О.Ю.	38		
Кириченко О.О.	41		
Колісник О.С.	37		
Котляренко Л.Т.	42		
Кофанов А.В.	44, 47		
Кофанова О.С.	44, 47		
Кривенко О.І.	49		
Кулій О.І.	36		
Куц К.С.	51		
Лавренчук М.М.	52		
Лещенко І.В.	63		
Лис Д.О.	25		
Лихова С.Я.	53		

Адреса для кореспонденції: Редакція Українського науково-медичного молодіжного журналу,
науковий відділ НМУ, бул. Т. Шевченка, 13, м. Київ, 01601

www.mmj.nmuofficial.com

E-mail: usmej@ukr.net

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

www.nmuofficial.com

Видавництво УкрДГРІ
Р.с. серія ДК №182 від 18.09.2000 р.
04114, м. Київ-114, вул. Автозаводська, 78

Адреса редакції та п/п: інформаційно-видавничий відділ УкрДГРІ
04114, м. Київ-114, вул. Автозаводська, 78
Тел. 206-35-18; тел/факс 430-41-76
E-mail: mru@ukrdgri.gov.ua

Підписано до друку 03.11.2020 р.
Формат 60*84/8, друк цифровий, папір крейдований
Тираж 50, Зам. 100 від 06.11.2020

Correspondence address: Editorial board of the Ukrainian Scientific Medical Youth Journal Research
Department of NMU, 13, T. Shevchenka blvd. Kyiv, 01601

www.mmj.nmuofficial.com

E-mail: usmej@ukr.net

Bogomolets National Medical University

www.nmuofficial.com

UkrDGRI Publishing House
Rs Series DK № 182 dated September 18, 2000
04114, Kyiv-114, st. Avtozavodskaya, 78

The address of the editorial office and the journalists:
Information and Publishing Department of UkrDGRI
04114, Kyiv-114, st. Avtozavodskaya, 78
Phone: 206-35-18; tel / fax: 430-41-76
E-mail: mru@ukrdgri.gov.ua

Signet in print on 03.11.2020
Format 60*84/8, digital print, chalked paper
Circulation: 50 Order № 100 dated 06.11.2020

Адрес для корреспонденции: Редакция Украинского научно-медицинского молодежного журнала,
научный отдел НМУ, бул. Т. Шевченко, 13, г. Киев, 01601

www.mmj.nmuofficial.com

E-mail: usmej@ukr.net

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца

www.nmuofficial.com

Издательство УкрГГРИ
Р.с. серія ДК №182 от 18.09.2000 г.
04114, г. Киев-114, ул. Автозаводская, 78

Адрес редакции: информационно-издательский отдел УкрГГРИ
04114, г. Киев-114, ул. Автозаводская, 78
Тел. 206-35-18; тел /факс 430-41-76

Подписано в печать 03.11.2020 г.
Формат 60*84/8, печать цифровая, бумага мелованная
Тираж 50, Зак. 100 от 06.11.2020