

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



**ПРАВОВІ ЗАСАДИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ  
ПРАВА ЛЮДИНИ НА ЖИТТЯ І ЗДОРОВ'Я**

*Матеріали  
міжвідомчої науково-практичної конференції  
в рамках проведення наукового Форуму  
Київ, 10-12 грудня 2019 року*





*Наукове видання*

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

## **ПРАВОВІ ЗАСАДИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА ЛЮДИНИ НА ЖИТТЯ І ЗДОРОВ'Я**

*Матеріали  
міжвідомчої науково-практичної конференції  
в рамках проведення наукового Форуму  
Київ, 10-12 грудня 2019 року*

Відповідальний за випуск *Ергард Н.М.*

Підписано до друку 09.12.2019  
Формат 60×84. Папір офсетний.  
Тираж 100 прим.

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

## **ПРАВОВІ ЗАСАДИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА ЛЮДИНИ НА ЖИТТЯ І ЗДОРОВ'Я**

*Матеріали  
міжвідомчої науково-практичної конференції в рамках проведення  
наукового Форуму  
Київ, 10-12 грудня 2019 року*

Київ 2019

### **Редакційна колегія:**

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

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

**Ергард Н.М.**, доцент кафедри судової медицини та медичного права НМУ імені О.О. Богомольця, кандидат медичних наук, доцент;

**Федорова О.А.**, асистент кафедри судової медицини та медичного права НМУ імені О.О. Богомольця, кандидат медичних наук;

**Плетенецька А.О.**, асистент кафедри судової медицини та медичного права НМУ імені О.О. Богомольця, кандидат медичних наук;

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

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

**Правові засади забезпечення права людини на життя і здоров'я:** збірник матеріалів міжвідом. наук.-практ. конф. до наук. Форуму (Київ, 10-12 груд. 2019 р.) / [редкол.: Б.В. Михайличенко, А.М. Біляков, Н.М. Ергард та ін.]. – Київ: УкрДГРІ, 2019. – 200 с.

*Рекомендовано до друку Вченою радою Національного медичного університету імені О.О. Богомольця від 24 жовтня 2019 року (протокол № 3).*

*Науковий захід проведено в рамках наукового Форуму «Правові засади забезпечення права людини на життя і здоров'я» затвердженого Вченою радою Національного медичного університету імені О.О. Богомольця від 24 жовтня 2019 року (протокол № 3).*

*Матеріали круглого столу подаються в авторській редакції. Відповідальність за достовірність фактів, статистичних даних, точність викладеного покладається на авторів.*

**УДК 615+616]:342.7:061.3**

© НМУ імені О.О. Богомольця, 2019.

© ДУІТ, 2019.

© НАУ, 2019.

### Список використаних джерел

1. Robbins Basic Pathology 10th Edition 2017 (діагностика герпесвірусних інфекцій).
2. WHO GUIDELINES FOR THE Treatment of Genital Herpes Simplex Virus [Електронний ресурс] : Режим доступу: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250693/9789241549875-eng.pdf?sequence=11>

### ЗМІСТ

<b>ВСТУПНЕ СЛОВО</b> .....	8
<b>Берзіна А.Б.</b> Фізичні особи-підприємці як суб'єкти здійснення приватної медичної практики.....	10
<b>Березіна О.О.</b> Проблеми захисту прав на життя і здоров'я в осіб похилого віку.....	13
<b>Біленчук П.Д., Малій М.І.</b> Правові засади забезпечення життя та здоров'я людини в мовах розвитку електронної цивілізації.....	17
<b>Бондар В.В., Ергард Н.М.</b> Правові засади забезпечення права людини на життя та охорону здоров'я.....	19
<b>Бондар С.С.</b> Порушення права на життя та здоров'я пасажирів та інших учасників руху, при порушенні водіями правил безпеки дорожнього руху.....	22
<b>Борисова І.В., Ергард Н.М.</b> Забезпечення прав людини в Україні: стан та перспективи.....	24
<b>Вавринюк В.В., Плетенецька А.О.</b> Судово-медична оцінка проведення догоспітальної серцево-легеневої та мозкової реанімації.....	28
<b>Вавшкевич А.М., Варуха К.В.</b> Запальні захворювання дихальних шляхів за даними київського міського клінічного бюро судово-медичної експертизи.....	30
<b>Войткова В.В., Самойлов Д.В., Плетенецька А.О.</b> Судово-медична оцінка електротравми: випадок з практики.....	34
<b>Волобуєв О.Є., Варуха К.В.</b> «Медичне страхування, як форма соціального захисту та добробуту населення».....	37
<b>Гаврилюк В.Ю., Ергард Н.М.</b> Проблеми та перспективи розвитку системи трансплантації в Україні.....	39
<b>Галіч Вікторія-Світлана М., Артеменко О.І.</b> Статистичний моніторинг захворювань органів шлунково-кишкового тракту за даними Київського міського клінічного бюро судово-медичної експертизи.....	41
<b>Галіч Вікторія-Світлана М., Ющенко В.О., Артеменко О.І.</b> Реєстрація біологічної смерті в практиці лікарів первинної ланки, правові аспекти та законодавча регламентація.....	49
<b>Гладіліна О.В.</b> До питання оцінки висновку експерта під час розслідування умисних вбивств.....	55

<b>Горобець Л.М.</b>	
Щодо питання боротьби з торгівлею людьми в Україні.....	58
<b>Демченко І.С.</b>	
Право на здоров'я: еволюція розуміння.....	60
<b>Ейсмонт А.С., Ергард Н.М.</b>	
Особливості судово-медичної експертизи речових доказів біологічного походження.....	62
<b>Завірюха Я.В., Плетенецька А.О.</b>	
Судово-медична оцінка механізму ушкоджень селезінки при травмі тупими предметами.....	64
<b>Заводіна А.С., Ткаченко О.П.</b>	
Права інтелектуальної власності в Ehealth.....	66
<b>Зарицький Г.А.</b>	
Правове забезпечення права людини на життя і здоров'я: огляд рішень європейського суду з прав людини.....	69
<b>Калиновська М.С., Федорова О.А.</b>	
Впровадження медичного кодексу як засіб правового захисту лікарів.....	73
<b>Кібальник Я. В., Ергард Н.М.</b>	
Організаційні основи проведення судово-медичної експертизи.....	75
<b>Кобилянський О.Л.</b>	
Експертиза клинкової холодної зброї: сучасний стан і перспективи розвитку.....	77
<b>Копач О.Я., Циганко О.І., Плетенецька А.О.</b>	
Судово-медична експертиза залізничної травми.....	80
<b>Кофанов А.В., Кофанова О.С.</b>	
Визначення напрямку пострілу при стрільбі з предметів конструктивно схожих із короткоствольною вогнепальною зброєю, спорядженими полі снарядам.....	82
<b>Кофанова О.С., Кофанов А.В.</b>	
Можливості визначення відстані пострілу при стрільбі з короткоствольної гладкоствольної вогнепальної зброї та конструктивно схожих із нею пристроїв.....	85
<b>Кривенко О.І., Капустник В.В., Стащак А.Ю.</b>	
Організаційно-правові засади регулювання охорони праці в Україні.....	87
<b>Кудра І.А., Ергард Н.М.</b>	
Захист права на здоров'я в практиці ЄСПЛ.....	90
<b>Кузьмук Б.І., Ергард Н.М.</b>	
Правове регулювання трансплантації в Україні: аналіз змін в законодавстві.....	92
<b>Литвиненко М.В., Ткаченко О.П.</b>	
Правові зміни в законі щодо відповідальності за фальсифікацію лікарських засобів або обіг фальсифікованих лікарських засобів.....	95

медичного вишу, – золотий стандарт у будь-якій діагностиці - повторити загальний аналіз крові та дослідити біохімічний аналіз крові: глюкозу, креатинін, сечовину, загальний білірубін та його фракції, загальний білок та його фракції, АлАТ, АсАТ.

У загальному аналізі крові зростав лімфоцитоз, моноцитоз та нейтропенія, що свідчило вже про хронічну персистуючу вірусну інфекцію. Виходячи з цього, оскільки відомо, що збільшення моноцитів викликає частіше за все вірус Епштейна Барр та Герпесвірус 6 типу, пацієнту було запропоновано здати ПЦР слини до ДНК EBV та HHV6 (кількісний аналіз). Отримавши результати, хворому було рекомендоване відповідне лікування у лікаря-імунолога, де він і отримував його протягом 3-х місяців[1, 2].

Через 3 місяці терапії хворий визнає значне покращення у самопочутті: нормалізація температури тіла до 36,7 С°, відсутність за цей період часу простудних захворювань, болю в горлі, зникло відчуття втоми, в'ялості, хворий почав виходити з дому на вулицю та відновив роботу діяльність, болі у здухвинній ділянці справа порідшали, значно зменшилась інтенсивність та характер болю, а також періодичність виникнення знизилась до 1 разу на 4 тижня.

Повторний ПЦР слини до ДНК вірусу Епштейн Барр - був у кількості ДНК вірусу –  $1,26 \cdot 10^5$  від 25.07.2019, на сьогодні – негативний, а до Герпесвірусу людини 6 типу копії ДНК знизилися з  $6,89 \cdot 10^3$  від 25.07.2019 до  $5,28 \cdot 10^3$  від 05.10.2019, що свідчить про позитивну динаміку протівірусної та імунокорективної терапії.

Отже, байдуже ставлення до пацієнта, нехтування основними методами діагностики (ігнорування проведення звичайного ЗАК!), призвело в даному випадку до тривалого розладу здоров'я у хворого (понад 3 місяці!), внаслідок чого, той терпів постійний біль та був виснаженим й непрацездатним, через що отримав і матеріальні збитки. В зв'язку з цим, перед лікарями, до яких звертався пацієнт, тепер повинні постати не лише етичні, а й юридичні питання.

Отже, вважаю, що в таких випадках спочатку необхідно визначитись з основним питанням - чи повинен лікар нести кримінальну відповідальність за свою байдужість до здоров'я пацієнта?

По-друге: проблематика діагностики таких хворих криється у тому, що у даному випадку лікарі виявились недостатньо чи взагалі досвідченими, що є абсолютно неприпустимим, якщо займаєшся лікуванням пацієнтів.

Виходячи з цієї ситуації пропоную:

- внесення кримінальної відповідальності за байдуже ставлення лікаря до здоров'я пацієнтів,

- окрім того, за недбалість та байдужість пропоную винних лікарів відправляти на позачергові курси підвищення кваліфікації.

нирок», на запитання хворого, що йому робити, відповів, що той здоровий і не потребує лікування.

Оскільки, біль не минав та ставав частішим, знайомі порекомендували хворому звернутись до лікаря-уролога. Уролог приватної лікарні виключив у хворого захворювання свого профілю, але поставив під знаком питання діагноз: «Пахова грижа справа» і направив пацієнта до хірурга.

Надалі хворий звернувся по допомогу до лікаря-хірурга в київську міську лікарню №8, де йому нарешті зробили УЗД обстеження ОЧП для виявлення проблеми. Діагноз пахової грижі справа не підтвердився, жодної іншої патології не було встановлено. Хірург припустив, що хворий міг «потягнути зв'язку» справа, тому відправив хворого додому відпочивати зі словами: «Через тиждень будеш вже бігати і забудеш навщо ти ходив по лікарях», так і не з'ясувавши проблему виникнення клінічних симптомів.

За кілька місяців хворий був змушений ще раз звернутись по допомогу, на цей раз до лікаря-хірурга КМКЛ№ 12, де консультація також не закінчилась успіхом та через тиждень після цього до іншого хірурга у районній В. лікарні, де лікар також «повів плечима».

За цей період часу хворий почав вірити у своє божевілля, адже подолавши такий шлях звернення до багатьох спеціалістів, йому не було встановлено діагнозу. На допомогу хворому прийшов серфінг в інтернеті, де він не тільки зміг знайти схожі симптоми, але й консультацію лікаря-вертебролога. Це був перший лікар, який відправив хворого додому і сказав повертатись з загальним аналізом крові (ЗАК) та МРТ-знімком поперекового відділу хребта.

Виходячи з показників загального аналізу крові, у хворого була наявна персистуюча вірусна інфекція, про що свідчить лімфоцитоз, моноцитоз, нейтропенія, характерні клінічні симптоми - помірний інтоксикаційний синдром (зростання температури тіла під вечір до 37,2С<sup>0</sup>, пітливість), часті простудні захворювання, ГРВІ, болі у горлі та астеновегетативний синдром(головний біль, зниження працездатності й апетиту, млявість).

Щодо заключення вертебролога та з висновку МРТ відомо, що в хворого є остеохондроз з протрузіями, що характеризується схожим больовим синдромом, проте при цій патології біль локалізується в нижніх кінцівках та наявні парестезії та оніміння, яких немає в нашого хворого. Лікар зазначив, що зміни на знімку МРТ незначні та не можуть викликати різкий ниючий біль у здухвинній ділянці справа, тому радить повторну консультацію у хірурга з приводу патології ШКТ. Після цього хворий вирішив нікуди не звертатись та обмежив свій спосіб життя через хронічну втому та біль .

24 червня 2019 року хворий випадково написав мені у соціальній мережі . Єдине, що я в праві була порекомендувати, як для студентки

## **Лихова С.Я.**

Проблеми криміналізації домашнього насильства (ст. 126-1 КК України).....97

## **Літвінова І.Ф.**

Конституційні гарантії прав і законних інтересів особи у сфері кримінального судочинства.....100

## **Майка К. О., Ергард Н.М.**

Судово-медична експертиза ушкоджень при падінні з висоти.....102

## **Манжула Т.К., Ткаченко О.П.**

Права хворих на орфанні хвороби.....105

## **Михайличенко Б.В., Біляков А.М.**

Забезпечення права людини на здоров'я як динамічний процес сучасності.....107

## **Михайлова К.Р., Чернявська Р.І., Ергард Н.М.**

Правові засади забезпечення права людини на життя і здоров'я.....110

## **Моїсєєнко Л.В., Усов О.С., Слупська Є.П., Стебліна Н.П.**

Актуальні питання професійної захворюваності медпрацівників.....112

## **Немирска А.В., Плетенецька А.О.**

Синдром дитячого стругу: судово-медичні аспекти.....114

## **Оленюк А.А., Ергард Н.М.**

Судово-медична експертиза при статевих злочинах.....116

## **Ольховський В.О., Хижняк В.В., Пешенко О.М.**

Чинні конституційні засади забезпечення права людини на життя і здоров'я.....118

## **Паламарчук А.М., Ергард Н.М.**

Нормативно-правове забезпечення права на життя: національний та міжнародний вимір.....121

## **Плетенецька А.О.**

Особливості встановлення причинно-наслідкових зв'язків у судово-медичній практиці у випадках наданням медичної допомоги.....123

## **Поступайло П.Я., Хміль І.Ю.**

Правове підґрунтя і процес реалізації вимоги про зміну лікаря і вибір нового лікаря.....127

## **Присяжнюк А.М., Ергард Н.М.**

Сучасні проблеми судово-психологічної експертизи неповнолітніх.....129

## **Прокоф'єва М. Ю., Ергард Н.М.**

Правові засади забезпечення права людини на життя і здоров'я.....131

## **Радченко С.П., Ткаченко О.П.**

Правовий вплив реформи на прояви корупції в аптечних установах.....134

## **Рыспаева А.Г., Плетенецкая А.А.**

Отравление психосимуляторами: судебные-медицинские аспекты.....137

<b>Роговенко Ю.О., Плетенецька А.О.</b> Судово-медична оцінка травматизації та смертності пішоходів у дорожньо-транспортних пригодах.....	139
<b>Романович І.І., Ергард Н.М.</b> Деякі правові аспекти регулювання трансплантології в Україні.....	141
<b>Савчук В.С.</b> Медична психологія як галузь знань, правові аспекти її практикування та викладання.....	143
<b>Савчук Т.Л., Ткаченко О.П.</b> Право інтелектуальної власності у медицині при створенні медичних додатків.....	145
<b>Савчук Т.В., Лещенко И.В.</b> Синдром левосторонней гипоплазии сердца. этические проблемы.....	149
<b>Семенов В.В.</b> Медична помилка – криміналістичний аспект.....	153
<b>Семчук Н.</b> Pregnant woman as a special subject of medical relations.....	155
<b>Сьомочкін Д.А., Плетенецька А.О.</b> Диференційна діагностика вогнепальних та пневмострільних поранень.....	156
<b>Сороченко А.В., Сороченко Г.В., Артемчук А.В.</b> Права лікаря-стоматолога.....	159
<b>Тексіджанова К.Б., Ергард Н.М.</b> Теорія поколінь прав людини.....	162
<b>Трущельов А.М., Волобуєв О.Є., Плетенецька А.О.</b> Судово-медична експертиза падінь з висоти.....	165
<b>Федорівський М.С., Плетенецька А.О.</b> Методи та види досліджень вогнепальних ушкоджень у судовій медицині. вогнепальні пошкодження одягу.....	167
<b>Федорова О.А.</b> Судово-медична характеристика небезпеки альтернативних способів паління. необхідність розробки заходів профілактики вейпінгу.....	170
<b>Федорова С.В., Федорова О.А.</b> Реалізація права на захист здоров'я в Україні у некурців.....	172
<b>Хміль І.Ю.</b> Правове регулювання застосування репродуктивних технологій та сурогатне материнство в Україні.....	175
<b>Холодова М.І., Федорова О.А.</b> Безпека судово-медичного експерта під час проведення досліджень трупів в бюро судово-медичної експертизи.....	178

## Список використаних джерел

1. Судово-медична експертиза ушкоджень [Електронний ресурс].-  
Режим доступу:  
[https://nmapo.edu.ua/images/FakPidVik/kafSudMed/Ebook/380-397.-  
Rozdil\\_6.-Chem.pdf](https://nmapo.edu.ua/images/FakPidVik/kafSudMed/Ebook/380-397.-Rozdil_6.-Chem.pdf) (Дата звернення - 21.10.2019).
2. Марчук А.І. Судова медицина: Курс лекцій. *Генеза*. Київ : 1997. 210 с.
3. Михайличенко Б. В. Судова медицина. Медичне законодавство. *Підручник для мед. ВНЗ*. К. : 2018. 448 с.

### Ясницька Єліна

студентка 8 групи 6 курсу  
1-го медичного ф-та  
НМУ імені О.О. Богомольця

### Науковий керівник:

### Федорова Олена Анатоліївна

кандидат медичних наук,  
асистент кафедри судової медицини  
та медичного права  
НМУ імені О.О.Богомольця

## БАЙДУЖІСТЬ ЛІКАРІВ ДО ХВОРОГО – ПОРУШЕННЯ ПРАВ ПАЦІЄНТА (Розбір клінічного випадку)

Тема байдужого ставлення лікарів до пацієнтів є у нас, на жаль, актуальною, оскільки, через певні причини (переважно – соціальні), лікарі професійно спілкуються з хворими абсолютно формально. Прикладом подібних відносин з пацієнтом став наступний випадок, про який ми випадково дізнались із соцмереж.

Пацієнт А., 23 роки, скаржиться на слабкість, головний біль, зниження працездатності та апетиту, часті ГРВІ, періодичне підвищення температури тіла під вечір до 37,2 С° та на різкий ниючий біль у правій здухвинній ділянці, що виникає раптово, як після фізичного навантаження, так і в стані спокою, триває від 1 хвилини до декількох днів. У цей чай, у нього пальпуються утворення кулястої форми, болочне, рухоме, не спаяне з навколишніми тканинами, яке через кілька днів зникає. Хворий пов'язує появу цього явища з переохолодженням та стресом. Напади мають певну періодичність: виникають принаймні один раз у два дні. Хворий протягом двох років звертався по допомогу до лікарів терапевтичного та хірургічного профілю; однак, лікар-терапевт не виявив жодної патології в хворого та порадив звернутися до лікаря - хірурга. Хворий звернувся у В. районну лікарню до лікаря-хірурга, який не виявив жодної патології, припустив, що це може бути «вихід солей з



год.). Але, зазначимо, що саме в цьому і полягає завдання проведення судово-медичної експертизи. Адже, незважаючи на важкість визначення виду отрути і обставин її вживання, завдяки професіоналізму експертів та досягнення науки – це зробити можливо і цілком реально.

Виявлення отрути при судово-хімічному дослідженні - ще не доказ факту отруєння, оскільки отрута могла попасти в труп після смерті, із нечистого посуду, а при дослідженні ексгумованого трупа - із обшивки труни, одягу і т. ін. Токсична речовина може попасти в організм як ліки, оскільки багато з них у лікувальних дозах застосовуються як медикаменти, в складі їжі тощо. Крім того, неможливо виключити можливість неправильного проведення судово-хімічного дослідження [2, с. 169].

Варто виділити основні етапи проведення судово-медичної експертизи при отруєнні хімічними речовинами:

- ознайомлення експерта з наявними у слідства матеріалами, які мають відношення до розслідуваної події, відповідно роблячи припущення щодо отруєння тією чи іншою речовиною;

- участь судового медика в різних слідчих діях, перш за все в огляді місця події з вилученням речових доказів і у допитах потерпілих, свідків та медичних працівників [3, ст. 275];

- вивчення та оцінка клінічної картини отруєння за матеріалами карти стаціонарного хворого (історії хвороби), інших медичних документів і свідчень очевидців [1];

- якщо наявне смертельне отруєння, то варто говорити безпосередньо про судово-медичне дослідження; якщо ж несмертельне отруєння – судово-медичний огляд потерпілої особи;

- проведення додаткових досліджень в лабораторії;

- проведення безпосередньо судово-токсикологічного дослідження тканин і рідин, а також перевірка на залишки отруйної речовини.

Важливо також зазначити, що кожен з названих складових елементів діагностики має особливе значення.

Отже, можна зробити висновок, що проведення судово-медичної експертизи ушкоджень та смерті від дії отруйних речовин має важливе насамперед практичне значення, оскільки результати такої експертизи мають істотний вплив на вирішення поставлених завдань.

Також вона має і теоретичне значення, оскільки дуже часто подібні експертизи викривають все нові і нові факти та симптоми від вживання отруйних речовин. Це, відповідно, призводить до профілактики інших осіб, а також для інформативності населення загалом.

Не потрібно забувати і про збір додаткових даних (наприклад, повідомлення очевидців), які у свою чергу можуть вплинути на час проведення експертизи, навіть можуть врятувати життя тієї чи іншої особи.

**Цезар А.Р., Ергард Н.М.**

Особливості притягнення медичних та фармацевтичних працівників до відповідальності.....181

**Чуприна О.В.**

Сучасні вимоги домедичної підготовки працівників національної поліції.....184

**Щепанський С.О., Лис Д.О.**

Насильство у сім'ї: судово-медичні аспекти.....186

**Юрковська Л.Г.**

Поняття суб'єктивного права на якісні лікарські засоби.....188

**Яківчук Ж.В., Ергард Н.М.**

Особливості судово-медичної експертизи трупа.....190

**Яківчук Ж.В., Ергард Н.М.**

Судово-медична експертиза ушкоджень від дії отруйних речовин.....193

**Ясницька Е., Федорова О.А.**

Байдужість лікарів до хворого – порушення прав пацієнта.....195

## ВСТУПНЕ СЛОВО

до учасників міжвідомчої науково-практичної конференції в рамках наукового Форуму  
«Правові засади забезпечення  
права людини на життя і здоров'я»

Однією з умов існування демократичного суспільства є дотримання у ньому прав людини як з боку держави, державних установ, так і самими громадянами у спілкуванні між собою. Цьому має сприяти, перш за все, правова освіченість громадян. Демократична держава має сприяти правовій освіті громадян та формувати у них повагу до прав людини. Громадяни демократичного суспільства мають не тільки знати свої права та використовувати їх у своєму повсякденному житті, але і дотримуватися їх у взаємовідносинах між собою, бути толерантними, уміти знаходити компроміси, поважати загальнолюдські цінності.

У 1948 році Генеральна асамблея ООН на своєму засіданні 10 грудня прийняла Загальну декларацію прав людини, в якій міститься 30 статей цивільних та політичних прав людини. Вона була прийнята 40 голосами «За», голосів «Проти» не було, але 8 делегацій утрималися – Білоруська РСР, Чехословаччина, Польща, Українська РСР, Югославія, Південна Африка, Саудівська Аравія, Гондурас та Ємен як члени ООН на той момент не голосували або утрималися. Відтоді міжнародно-правові акти мають верховенство над внутрішнім законодавством країни, що надає можливість безпосереднього звернення громадян до Комітету з прав людини при ООН, якщо її політичні чи громадянські права були порушені. В Конституції України, як і в Конституціях понад 110 держав, наявні статті, в основі яких лежить Загальна декларація прав людини.

Права людини розповсюджуються на різні сфери її життя. Тому у Верховній раді України, яка є найвищим законодавчим органом держави, є відповідні комітети. Зокрема, Комітет з питань прав людини, національних меншин і міжнаціональних відносин, в якому наявна низка підкомітетів: з міжнародно-правових питань та внутрішньо переміщених осіб; з питань прав людини; з питань міжнаціональних відносин; з питань етнополітики, прав корінних народів та національних меншин України, жертв політичних репресій; з питань громадянства, міграційної політики та етнічних груп України; з питань гендерної рівності і недискримінації. Крім того, важливими комітетами для всебічного забезпечення прав людини є також комітет з питань свободи слова та інформаційної політики; комітет з питань культури і духовності; комітет з питань науки і освіти; комітет з питань охорони здоров'я; комітет з питань сім'ї, молодіжної політики, спорту та туризму; комітет з питань соціальної політики, зайнятості та пенсійного забезпечення; комітет у справах

**Яківчук Ж.В.**

студентка Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету  
**Науковий керівник:**  
**Ергард Наталія Миколаївна**  
кандидат медичних наук, доцент,  
професор кафедри кримінального  
права і процесу Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету

## СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА УШКОДЖЕНЬ ВІД ДІЇ ОТРУЙНИХ РЕЧОВИН

Сутність та значення судово-медичної експертизи варто переоцінити, адже завдяки її результатам, отримують відповіді на багато запитань, що постають перед органами досудового розслідування. Так само і проведення судово-медичної експертизи ушкоджень та смерті від дії отруйних речовин дозволяє вирішити питання про наявність чи відсутність складу злочину, про обставини його вчинення та відповідно і реакції організму на дію отруйних речовин. Результати її мають важливе значення і для закладів охорони здоров'я, сприяючи поліпшенню діагностики, лікування та розробки профілактичних заходів при різних інтоксикаціях в побуті, медичній практиці, наркоманії тощо.

Судова токсикологія – розділ судової медицини, що вивчає отрути і отруєння в аспекті питань, які цікавлять органи досудового розслідування та суду. Саме вона вирішує завдання правосуддя, давати логічне та науково обґрунтоване пояснення щодо причин та умов отруєння чи смерті. Судова токсикологія сприяє визначенню смертельних та не смертельних доз отрут з метою подальшої профілактики.

Основа судової токсикології становлять саме отрути як хімічні речовини, які при надходженні в організм в малих кількостях, діючи хімічним і фізико-хімічним шляхом, за певних умов викликають розлад здоров'я або смерть.

Також варто додати, що поняття отрути досить відносне. Одна і та ж речовина в залежності від дози може привести до смертельного отруєння, викликати лікувальний ефект або виявитися індивідуальною. Отруєння отруйними речовинами можуть вивчатися з точки зору їх токсикодинаміки і токсикокінетики [1].

Безумовно, коли мова йде про діагностику отруєнь, більшість вважає, що відразу спостерігається гостре отруєння, для якого є характерним раптовий початок, тяжкий перебіг і швидке наростання симптомів. Варто зауважити, що деякі отрути можуть спричинити смерть в перші секунди або хвилини (ціанід калію), проте в більшості випадків отрути починають діяти через кілька хвилин, а ті, що важко розчиняються, пізніше (через 1-2

клінічної смерті і, відповідно, проведення експертизи буде поза законом. А наявність зовнішніх ознак, саме, біологічної смерті, буде вказувати на безпосередню можливість дослідження трупа.

Експертиза виконується з метою встановлення причини смерті, наявності, характеру і механізму виникнення тілесних ушкоджень, часу настання смерті та вирішення інших питань, що були поставлені в Ухвалі слідчим суддею, та вирішення інших питань, які належать до компетенції даного виду судово-медичної експертизи [3, п. 1.2.].

Експертиза, прийнята до виконання експертом, проводиться у такій послідовності:

- ознайомлення з документом про призначення експертизи та з іншими доданими до нього матеріалами (копією протоколу огляду місця події, історією хвороби тощо);
- складання плану проведення експертизи;
- зовнішнє та внутрішнє дослідження трупа, вилучення органів та тканин для лабораторних досліджень.
- комплексна оцінка результатів дослідження трупа на підставі отриманих лабораторних даних, наданих матеріалів справи та медичної документації;
- складання підсумків з відповідями на запитання, що були поставлені на вирішення експертизи;
- оформлення висновку експерта [4].

Таким чином, можна зробити висновок, що проведення судово-медичної експертизи трупа потребує відповідних необхідних знань, а також умінь і навичок, які експерт повинен використовувати при дотриманні вище наведеного алгоритму проведення експертизи. З точки зору юридичної необхідності, то проведення судово-медичної експертизи безпосередньо впливає на подальший розвиток подій, оскільки експертиза дає відповіді на причину смерті, зажиттєвість ушкоджень, ступінь тяжкості тілесних ушкоджень, механізм та характер їх заподіяння.

#### Список використаних джерел

1. Марчук А. І. Судова медицина: Курс лекцій. Київ: Генеза, 1997. 210 с. (Дата звернення - 16.11.2019).
2. Інструкція про проведення судово-медичної експертизи: інструкція Міністерства охорони здоров'я від 17.01.1995 №6 (Дата звернення – 16.11.2019).
3. Правила проведення судово-медичної експертизи (досліджень) трупів у бюро судово-медичної експертизи: правила Міністерства охорони здоров'я від 17.01.1995 №6 (Дата звернення – 16.11.2019).
4. Дослідження трупа [Електронний ресурс]. - Режим доступу: [https://pidruchniki.com/89876/meditsina/doslidzhennya\\_trupa](https://pidruchniki.com/89876/meditsina/doslidzhennya_trupa) (Дата звернення - 16.11.2019).

ветеранів, учасників бойових дій, учасників антитерористичної операції та людей з інвалідністю.

З 2008 р. Згідно з Указом президента України № 1149 від 8.12.2008 р. в нашій державі започатковано Всеукраїнський тиждень права. Особливої актуальності правові знання та дотримання прав людини набули в наш час, коли Україна спрямовує свої кроки до Європейського суспільства.

Тому у 2017 р. було видано розпорядження КМУ №579-р «Про затвердження плану заходів з проведення у 2017 р. Всеукраїнського тижня права», згідно з яким загальноосвітні навчальні заклади України проводять Всеукраїнський урок «Права людини», а вищі навчальні заклади – «Тиждень права».

Проведення Всеукраїнського тижня права увійшло до Комплексного плану заходів з виховної роботи НМУ імені О.О.Богомольця на 2017-2018 н.р. Під час Всеукраїнського тижня права у НМУ імені О.О. Богомольця відбувся лекторій для студентів, в якому взяли участь викладачі кафедри судової медицини та медичного права НМУ, судові експерти, суїцидолог та фахівець з кіберзлочинності, психолог і фахівці з інтелектуальної власності, а також лікарі-інтерни та студенти нашого університету. 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. А проведення міжвідомчого круглого столу із міжнародною участю «Забезпечення прав людини в медичній та фармацевтичній практиці» 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.

*Михайличенко Борис Валентинович  
завідувач кафедри судової медицини  
та медичного права Національного  
медичного університету  
імені О.О. Богомольця,  
доктор медичних наук, професор*

**Берзіна Анжела Бахтіярлі**  
кандидат юридичних наук,  
старший викладач кафедри судової  
медицини та медичного права  
НМУ імені О.О. Богомольця

### **ФІЗИЧНІ ОСОБИ-ПІДПРИЄМЦІ ЯК СУБ'ЄКТИ ЗДІЙСНЕННЯ ПРИВАТНОЇ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ**

Здатність до праці в Україні фізична особа може реалізувати шляхом відповідної реєстрації в органах державної влади як фізична особа-підприємець (далі – ФОП). Така праця в сфері охорони здоров'я буде здійснюватися не лише самостійно та на власний ризик з метою отримання прибутку, але й з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя.

Реєстрація фізичної особи-підприємця здійснюється у відповідності до положень Закону України «Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань» від 15.05.2003 р. № 755-IV [1]. При цьому для здійснення медичної практики необхідно обрати КВЕД «Загальна медична практика» (86.21).

Наступний крок – обрання приміщення для здійснення медичної практики. Приміщення повинно бути підібране у відповідності до вимог Державних будівельних норм України «Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я ДБН В.2.2-10-2001» [2] та відповідати встановленим санітарним нормам. Таке приміщення може бути у приватній власності (виведене з житлового фонду) або орендоване. Орендувати приміщення можна як в закладі охорони здоров'я (в поліклініці чи амбулаторії), так і в житловому будинку, офісному центрі тощо. При виборі приміщення необхідно враховувати мінімальну площу, наявність вентиляції, водовідведення, вимог до освітлення тощо. Якщо встановлені в ДБН вимоги не будуть дотримані, ліцензіат може бути позбавлений ліцензії при проведенні планових чи позапланових перевірок.

Окрім того, фізична особа-підприємець, що має на меті займатись медичною практикою, зобов'язана отримати Акт санітарно-епідеміологічного обстеження, що видає Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту прав споживачів.

Проведення господарської діяльності з медичної практики є ліцензованою діяльністю. Тому для відкриття приватної медичної практики кожна фізична особа-підприємець має отримати ліцензію встановленого державою зразка. Після того як необхідні умови для провадження такої діяльності на думку фізичної особи-підприємця виконані, необхідно звернутись в Єдине вікно МОЗ України для

експертизи трупа для слідчого судді за клопотанням органів досудового розслідування, то така експертиза сприяє повному та всебічному з'ясуванню обставин смерті особи, способу вчинення вбивства (якщо мова йде про насильницьке заподіяння смерті), часу настання смерті тощо. Це у свою чергу дає підстави для обґрунтованого висновку стосовно повної картини настання смерті, оскільки дуже часто навіть мала деталь може суттєво вплинути на подальше закінчення судово-медичного експерта.

Чинне кримінальне процесуальне законодавство передбачає огляд місця події, який проводиться органами досудового розслідування. При цьому, коли мова йде про настання смерті, то обов'язково залучається або судово-медичний експерт або інший лікар, наприклад, терапевт чи хірург. Варто зауважити, що вони знаходяться на місці події у якості фахівців з галузі судової медицини та основною їх функцією є консультативна допомога слідчому при виявленні речових доказів біологічного походження та огляду трупа. Безпосередній висновок щодо причини смерті з точними відповідями на поставлені питання будуть надані тільки після проведення судово-медичного розтину трупа. Судово-медична експертиза трупа проводиться з моменту отримання ухвали слідчого судді на проведення експертизи, та обов'язкового експерт ознайомлюється з «Протоколом огляду місця події» або її завіреної копії.

При цьому категорично забороняється проведення на місці події зондування ушкоджень та будь-яких інших дій, що змінюють первинний вигляд трупа або властивості виявлених на ньому ушкоджень (обмивання водою, видалення засохлої крові з поверхні шкіри, дослідження ранових каналів, вилучення знарядь і предметів, які зафіксовані в ранах, тощо) [1, с. 136].

Варто також зазначити, що судово-медична експертиза проводиться з метою «...дослідження на підставі спеціальних знань матеріальних об'єктів, що містять інформацію про обставини справи, які перебувають у провадженні органів досудового розслідування чи суду...» [2, п. 1.1.].

Судово-медична експертиза трупа є досить складною за своєю природою та виконується у конкретних випадках. Перш за все, судово-медична експертиза є необхідною в разі підозри на насильницьку смерть, незалежно від місця її настання (оскільки тут мова може йти і про факт вчинення злочину); у разі раптової смерті, якщо діагноз захворювання не встановлений за життя; виявлення трупів невідомих осіб, частин розчленованих та скелетованих трупів. Оскільки, виникає необхідність встановлення обставин, часу та місця вчинення злочину, що у свою чергу впливає на терміни досудового розслідування, на висування версій вчинення злочину, вид і розмір покарання для обвинуваченого тощо.

Досить важливо зазначити те, що експертиза трупа може бути розпочата лише після появи ранніх трупних явищ (охолодження, трупних плям, трупного залякання). Оскільки існує вірогідність настання

полягає у його визначенні як встановленої правовим шляхом міри можливої поведінки будь-якої фізичної особи, у тому числі хворого та пацієнта, щодо доступу до якісних ЛЗ та споживання якісних ЛЗ. Перспективою подальших досліджень є наукове обґрунтування елементів суб'єктивного права людини на якісні ЛЗ, його правових гарантій та механізмів забезпечення.

#### Список використаних джерел

1. Конституція України від 28 червня 1996 р. (зі змінами і доповненнями, у редакції від 21 лютого 2019 р.). *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. Ст. 141. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 20.11.2019).
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ (зі змінами і доповненнями, у редакції від 01 січня 2019 р.). *Відомості Верховної Ради України*. 1993. № 4. Ст. 19. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 20.11.2019)
3. Про лікарські засоби : Закон України від 04 квітня 1996 р. № 123/96-ВР (зі змінами і доповненнями, у редакції від 04 листопада 2018 р.). *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 22. Ст. 86. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 20.11.2019).
4. Семенова А. Юридична природа права на охорону здоров'я. *Публічне право*. 2014. № 4 (16). С. 145-149.
5. Швець Ю. Зміст конституційного права особи на охорону здоров'я. *Підприємництво, господарство і право*. 2017. № 8. С. 135-138.

#### Яківчук Ж.В.

студентка Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету

#### Науковий керівник:

#### Ергард Наталія Миколаївна

кандидат медичних наук, доцент,  
професор кафедри кримінального  
права і процесу Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету

#### ОСОБЛИВОСТІ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТРУПА

Одним із завдань, що постають перед судово-медичним експертом, є дослідження трупа людини. Унікальність проведення такого дослідження обумовлена наявністю специфічного об'єкту, що потребує не просто застосування відповідних знань, а й набутих в ході роботи професійних навичок та умінь, що відповідним чином впливають на отримання якісних результатів. З точки зору необхідності призначення судово-медичної

отримання відповідної ліцензії. Варто зазначити, що при підготовці документів для отримання ліцензії необхідно врахувати всі деталі (як то правильне написання спеціалізації чи зазначення виробника того чи іншого медичного обладнання, його рік випуску тощо).

Щодо процедури ліцензування, ліцензіат зобов'язаний дотримуватись вимог ст. 10, 11 Закону України “Про ліцензування певних видів господарської діяльності” та подати заяву. У заяві про отримання ліцензії повинна міститися інформація про: 1) здобувача ліцензії: для фізичної особи-підприємця – прізвище, ім'я, по батькові (за наявності), дані про місце проживання, реєстраційний номер облікової картки платника податків (не зазначається фізичною особою, яка через свої релігійні переконання відмовляється від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомила про це відповідний орган державної податкової служби і має відмітку у паспорті, - подається копія цієї відмітки) та згода на обробку персональних даних; 2) вид господарської діяльності на провадження якого здобувач ліцензії має намір одержати ліцензію [3].

До заяви про отримання ліцензії додається: 1) документи відповідно до ліцензійних вимог; 2) копія паспорта керівника здобувача ліцензії (або довіреної особи); 3) опис документів, що подаються для одержання ліцензії, у двох екземплярах [3]. До таких документів, зокрема, відносяться: відомості про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня, опис документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики.

Організаційні вимоги для фізичної особи-підприємця щодо провадження господарської діяльності з медичної практики визначені в розділі II «Організаційні вимоги» постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 02.03.2016 р. № 285 [4]. Деталізуються ці положення в підзаконних нормативно-правових актах. Наприклад, перелік необхідного обладнання для лікаря-фоп наведений у наказі МОЗ України «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу» від 26.01.2018 р. № 148 [5]. Таке обладнання можна взяти в оренду (як одноособово, так і спільно з іншими лікарями).

Також фізична особа-підприємець як суб'єкти здійснення приватної медичної практики має зареєструватись в електронній системі охорони здоров'я (для отримання права підписувати декларації з пацієнтами). І останній крок – укласти договір з Національною службою здоров'я України, щоб отримувати кошти за надані послуги. Для прикладу, перелік медичних послуг, які повинні надавати лікарі-фоп первинної допомоги,

визначено наказом МОЗ України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» від 19.03.2018 р. № 504 [6]. Окрім діагностики, лікування, ведення хронічних хворих та профілактики, цей перелік включає також визначений обсяг досліджень, вакцинацію за календарем щеплень, виписування рецептів на ліки та довідок, зокрема листків непрацездатності.

Таким чином, фізичні особи-підприємці вправі здійснювати приватну медичну практику за умов чіткого дотримання вимог законодавця, попередньої реєстрації, отримання ліцензії і поетапного впровадження всіх вимог, визначених нормативно-правовими актами України. Слід зауважити, що провадження такої діяльності є належним чином врегульоване з боку держави та визначає досить складний механізм реєстрації та отримання ліцензії. Водночас, видається що такий підхід є виваженим та необхідним в сучасних реаліях, адже діяльність лікаря спрямована на забезпечення в першу чергу основного блага кожного – життя і здоров'я.

#### Список використаних джерел

1. Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань: Закон України від 15.05.2003 р. № 755-IV // Відомості Верховної Ради України, 2003. № 31-32. Ст. 263.
2. Державні будівельні норми України «Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я ДБН В.2.2-10-2001»: наказ Державного комітету будівництва, архітектури та житлової політики від 04.01.2001 р. №2. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0002241-01/card6#Public>.
3. Про ліцензування певних видів господарської діяльності: Закон України від 02.03.2015 р. № 222-VIII // Відомості Верховної Ради, 2015. № 23. Ст. 158.
4. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики: постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 р. № 285 // Офіційний вісник України від 22.04.2016, № 30. Ст. 18
5. Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу: наказ МОЗ України від 26.01.2018 р. № 148. [Електронний ресурс]. Режим доступу: [https://moz.gov.ua/uploads/0/4141-dn\\_20180126\\_148.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/0/4141-dn_20180126_148.pdf).
6. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: наказом МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://moz.gov.ua/uploads/0/4207-dn\\_20180319\\_504.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/0/4207-dn_20180319_504.pdf).

невід'ємним різновидом яких є право на якісні лікарські засоби (ЛЗ).

Різним аспектам розвитку медичного та фармацевтичного права приділяли увагу такі вчені, як Н. Болотіна, Л. Дешко, А. Галай, В. Галай, Р. Гревцова, Д. Єрмоленко, В. Лазоришинець, Р. Майданик, В. Пальченкова, С. Стеценко, В. Стеценко, І. Сенюта, О. Солдатенко, Л. Удовика, Ю. Швець та інші. Проте суб'єктивне право людини на якісні лікарські засоби та його основні елементи залишається нині поза прискіпливою увагою широких кіл науковців.

Метою даної роботи є обґрунтування поняття суб'єктивного права людини на якісні лікарські засоби в Україні.

Слід зауважити, що вітчизняне медичне та фармацевтичне законодавство залишається, на даний час, одним з найбільш непорядкованих, казуїстичних та колізійних серед усіх галузей та підгалузей законодавчої системи України. Окрім Конституції України, ратифікованих Україною міжнародно-правових актів, Основ законодавства України про охорону здоров'я [2], основним нормативно-правовим актом, який визначає в Україні правові засади обігу ЛЗ на усіх етапах їх життєвого циклу, є Закон України «Про лікарські засоби» [3], положення якого конкретизовані у істотній кількості підзаконних актів (десятках і, навіть, сотнях). Нормативно визначені елементи суб'єктивного права людини на якісні ЛЗ, його законодавчі гарантії та правові механізми забезпечення «розкидані» по тексті згаданих та інших нормативно-правових актів, що ускладнює окреслення правових меж та визначення поняття згаданого суб'єктивного права.

Проте вітчизняною наукою накопичено чимало надбань щодо визначення правової природи та складових суб'єктивного права на охорону здоров'я [4; 5], різновидом якого, на наш погляд, є право на якісні ЛЗ. Вказані та інші наукові розробки нами використано як доктринальну основу для формулювання авторського визначення права на якісні ЛЗ, а саме: суб'єктивне право на якісні ЛЗ – це встановлена правовим шляхом міра можливої поведінки будь-якої фізичної особи, у тому числі хворого та пацієнта, щодо доступу до якісних ЛЗ та споживання якісних ЛЗ, тобто таких ЛЗ, які здатні задовольнити споживачів відповідно до свого медичного призначення, є безпечними та відповідають вимогам чинного законодавства, яка забезпечується відповідними юридичними обов'язками суб'єктів правовідносин, у тому числі держави, які здійснюють розробку, доклінічне вивчення та клінічні випробування, реєстрацію, виробництво, ввезення на територію України, зберігання та реалізацію, медичне застосування, утилізацію та знищення ЛЗ, а також фармаконагляд.

Таким чином, реалізацію права на охорону здоров'я, зокрема права на кваліфіковану медичну допомогу, передбаченого п. д) ч. 1 ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я, не можливо забезпечити без гарантування права людини на якісні ЛЗ, суб'єктивне розуміння якого

відкрито.

Таким чином, проблема домашнього насильства потребує докладного вивчення і об'єднання зусиль правоохоронних органів, судово-медичних, медичних установ і громадських організацій.

#### Список використаних джерел

1. Кримінальний кодекс України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14>
2. Закон України від 07.12.17 р. № 2229-VIII "Про запобігання та протидію домашньому насильству". <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/2229-19>
3. Сімейний кодекс України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2947-14>
4. Лобанов А.М, Теньков А.А, Тучик Е.С. *Судебно-медичнская експертиза последствий агрессивных действий человека*; 2010. 416 с.
5. Мішалов В.Д, редактор. *Судово-медична експертиза дітей: навч. посіб.* Київ: Здорov'я; 2010. 215 с.
6. Задарновский А. Л. *Судебно-медичнская експертная оценка вреда, причиненного здоровью, в случаях насилия в семье*; 2010. 29 с.
7. Лист Міністерства освіти і науки України 18.05.2018 № 1/11-5480 *Методичні рекомендації «запобігання та протидії насильству»* <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v5480729-18>

#### Юрковська Лідія Геннадіївна

старший викладач кафедри педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права  
НМАПО імені П. Л. Шупика

#### ПОНЯТТЯ СУБ'ЄКТИВНОГО ПРАВА НА ЯКІСНІ ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ

Виконання актуальних завдань з реформування галузі охорони здоров'я України викликає прискіпливу увагу науковців, освітян та практиків, які опікуються розвитком медицини та фармацевтичної галузі, а також широким кіл громадськості, передусім, до вітчизняної системи джерел об'єктивного права, оскільки через трансформацію їх змісту здійснюється державна правова політика щодо запровадження медичної реформи. У той же час, правова цінність даної реформи визначається не змінами у об'єктивному медичному чи фармацевтичному праві як такому, а ступенем якісного впливу на систему гарантій та забезпечення суб'єктивних конституційних прав і свобод людини і громадянина на життя, здоров'я, на охорону здоров'я, медичну допомогу тощо, передбачених, зокрема, статтями 27, 49 Конституції України [1],

#### Березіна О.О.

кандидат психологічних наук,  
наукова кореспондентка Інституту психології імені Г.С. Костюка Національної академії педагогічних наук України,  
психолог ТЦСО Шевченківського району м. Києва

#### ПРОБЛЕМИ ЗАХИСТУ ПРАВ НА ЖИТТЯ І ЗДОРОВ'Я В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

У сучасному суспільстві образ старості носить здебільшого негативний характер. Вважається, що особам літнього й, особливо, похилого віку, притаманні такі риси, як: негативізм, консерватизм, інертність, впертість, запальність, підвищена образливість, егоїзм, дратівливість, дріб'язковість, скупість й таке інше.

У сучасному суспільстві не збереглося традиційно усталеного, шанобливого, поважного ставлення молоді до старих людей. Представники молодого покоління або бояться старості, або відносяться до неї з байдужістю чи презирством. Нерідко літні люди дотримуються аналогічної точки зору.

У Конституції України, розділ 1, стаття 49 закріплено право кожної людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Цією статтею забезпечується охорона здоров'я державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм [2].

Закон України "Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні", стаття 49, наголошується, що посадові особи та інші громадяни, винні в порушенні прав і свобод громадян похилого віку, несуть встановлену законом матеріальну, дисциплінарну, адміністративну і кримінальну відповідальність. Нажаль, на сьогоднішній день, ці закони не працюють у повному обсязі [3].

Через щорічне збільшення частки людей похилого віку у загальній структурі населення, можливість державі підтримувати цю категорію знижується.

Особи похилого віку, нерідко зіштовхуються з дискримінацією та жорстоким ставленням до себе з боку оточуючих. Особливої уваги, з нашої точки зору, вимагає вивчення соціально-психологічного феномену ейджизму (від лат ageism, англ. age – вік) – дискримінацією за віковою ознакою. Даний термін ввів в обіг Батлер Р. Н. (Butler R. n., 1969), що визначив ейджизм як "процес систематичної стереотипізації і дискримінації людей через їх старість".

Хойфт Г., Крузе А., Радебольд Г. розглядаючи питання про насильство над старими людьми, відзначають, що з кінця 1980-х рр. почастишали

повідомлення про зневажливе ставлення до старих людей, прояву по відношенню до них агресії та насильства. На думку авторів, ці прояви виражаються в дії або бездіяльності і включають: недбале ставлення, інтоксикацію і пряме фізичне насильство [1].

Негативне ставлення до представників періоду пізньої дорослості може проявлятися у вигляді пасивної або агресивної взаємодії оточуючих зі старими людьми. Діапазон цієї взаємодії може коливатися від байдужого або зневажливого ставлення мікросоціальних груп або окремих її членів до осіб літнього і похилого віку до непрямого або прямого насильства над ними.

До непрямого насильства відносяться:

1) *обмеження юридичних, трудових і цивільних прав літніх людей;*

2) *порушення допустимих меж у фармакотерапії* (наприклад, перевищення доз седативних або знеболюючих засобів, безконтрольне призначення препаратів без урахування їх доцільності та індивідуальних протипоказань для старих людей (антидепресантів, транквілізаторів, снодійних або інших психофармацевтичних засобів); перевищення строків тривалості прийому лікарських препаратів; несвоєчасний прийом ліків або відмову в них хворому й таке інше;

3) *недбале ставлення при догляді за старими людьми, здатне спричинити за собою фізичні або психічні травми* (відсутність профілактики пролежнів, порушення гігієнічних норм утримання, психологічна і соціальна ізоляція (відмова у повноцінному спілкуванні, необхідних прогулянок, створення інформаційного вакууму й таке інше);

4) *порушення режиму харчування* (відсутність збалансованого харчування з урахуванням потреб організму літньої людини (вітамінів, клітковини, білків, необхідної кількості рідини, пропуск своєчасного прийому їжі);

5) *пасивне ставлення до процесу хвороби або вмирання* (небажання вжиття необхідних заходів для порятунку здоров'я або життя старої людини).

Для України, населення якої перебуває в несприятливих соціально-економічних умовах, здійснення законодавчих заходів, спрямованих на створення належних умов для ефективного і доступного для усіх громадян медичного обслуговування є надзвичайно важливим.

Закон України "Про права пацієнтів в Україні" [4], призначений захищати права пацієнтів в умовах медичного втручання. Нажаль, у реальному житті ми нерідко стикаємось з неналежними умовами надання медичної допомоги пацієнтам похилого віку.

Нерідко людям похилого віку з-за їх фінансового стану не доступні дорогі якості діагностики та оперативне лікування. Не приділяється належної уваги здоров'ю пацієнтам похилого віку і тому, що вони вважаються оточуючими старими, життя яких все одно скоро

мають значно меншу питому вагу. Близько 90% тих, хто звертається по допомогу через насильство в сім'ї, – жінки. За даними різних авторів, основна вікова група потерпілих жінок – це 20-45 років. За ступенем тяжкості серед завданих жінкам тілесних ушкоджень переважають легкі, що мали незначні скороминущі наслідки (синці, садна, поверхневі рани тощо), а також легкі тілесні ушкодження із короткочасним розладом здоров'я (рани від тупих і гострих предметів, легкі форми черепно-мозкової травми). Як і в групі дітей, що постраждали від домашнього насильства, частіше траплялась тупа травма (більше 90%), решту складала ушкодження гострими предметами, термічні та хімічні опіки і вогнепальні поранення [4, 5, 6].

За статистикою, яку оприлюднили під час голосування за Закон України "Про запобігання та протидію домашньому насильству", понад 3 мільйони дітей в Україні щороку спостерігають за актами насильства у сім'ї або є їхніми вимушеними учасниками, а майже 70% жінок піддаються різним формам знущань і принижень. Щорічно близько 1500 жінок, і ця тенденція збільшується за останні три роки, помирають від рук власних чоловіків. Діти скривджених матерів у 6 разів більш схильні до суїциду, а 50% – до зловживань наркотиками. Майже 100% матерів, які зазнали насильства, народили хворих дітей – переважно з невротами, заїканням, енурезами, церебральним паралічем, порушенням психіки. Розрахунки, проведені Інститутом демографії і соціальних досліджень на замовлення Фонду народонаселення ООН, говорять про те, що щорічно 1,1 млн. українок стикаються з фізичною та сексуальною агресією в сім'ї, і більшість з них мовчать [7].

**Висновок:** Наслідками сімейного насильства можуть бути тілесні ушкодження, психічні розлади, втрата жертвою почуття самоповаги, суїцид. Систематичне жорстоке поводження здатне спровокувати у жертви відповідні насильницькі дії відносно агресора або викликати у неї т.з. "стокгольмський синдром". Ставлення до домашнього насильства в суспільстві формується, передусім, належним вихованням дітей у сім'ї, закладах освіти, інших інституціях як повноцінних членів суспільства.

Судово-медична експертиза у справах про домашнє насильство не становить особливого виду експертизи, виявлені особливості та соціальна значимість явища, свідчать про необхідність не лише удосконалення методики експертного дослідження, але й чіткої взаємодії з медичними установами, правоохоронними, соціальними органами та громадськими організаціями. Крім того, доцільним було б залучення до проведення судово-медичної експертизи таких постраждалих відповідних спеціалістів – психолога або психотерапевта з метою профілактики довготривалих наслідків від домашнього насильства.

Актуальність проблеми попередження насильства у сім'ї в сучасному суспільстві зумовлена небажанням соціуму розглядати це питання



2. Домедична допомога: курс лекцій. / О.В.Чуприна, Т.П. Жилін, Київ: Нац. акад. внутр. справ, 2018. 120 с.

3. Домедична допомога: підручник / [О.В.Чуприна, А.В.Самодін, Т.П. Жилін, М.В. Чорний та ін.] ; за ред. В.В. Стеблюка. Київ : Нац. акад. внутр. справ, 2018. 230 с.

4. Домедична підготовка: мультимедійний посібник / [О.В.Чуприна, А.В.Самодін, Т.Г. Нагайник, та ін.] ; Нац. акад. внутр. справ; каф. криміналістики та судової медицини. Київ : Нац. акад. внутр. справ, 2019. URL: <http://www.naiu.kiev.ua/books/kriminalist/info/autors.html>

### **Щепанський Сергій Олександрович**

Лікар-інтерн групи №502

кафедри судової медицини ХМАПО

### **Науковий керівник:**

**Лис Дмитро Олександрович,**

кандидат медичних наук, асистент

кафедри судової медицини ХМАПО

### **НАСИЛЬСТВО У СІМ'Ї: СУДОВО-МЕДИЧНІ АСПЕКТИ**

Проблема насильства в сім'ї являється одною з найбільш небезпечних медико-соціальних явищ в сучасній Україні. Особи які піддаються насильству або зазнавали насильства у минулому, часто страждають у подальшому житті на психічні розлади. Діти та підлітки, які стали свідками домашнього насильства, переймають відповідну гендерну модель поведінки і відтворюють її у наступному поколінні.

Із 11 січня 2019 року в Україні набув чинності Закон "Про запобігання та протидію домашньому насильству", яким суттєво змінена міра відповідальності за прояви насильства в сім'ї. Відповідно до нової статті 126-1 КК України, домашнє насильство, тобто умисне систематичне вчинення фізичного, психологічного або економічного насильства щодо подружжя чи колишнього подружжя, або іншої особи, з якою винний перебуває (перебував) у сімейних або близьких відносинах, що призводить до фізичних або психологічних страждань, розладів здоров'я, втрати працездатності, емоційної залежності, або погіршення якості життя потерпілої особи,— карається громадськими роботами на строк від ста п'ятдесяти до двохсот сорока годин, або арештом на строк до шести місяців, або обмеженням волі на строк до п'яти років, або позбавленням волі на строк до двох років [1-3].

Законодавство України у сфері протидії домашньому насильству закріплює чотири форми такого насильства: фізичне, сексуальне, психологічне, економічне.

В групі потерпілих переважають особи середнього працездатного віку (25-48 років). Інші вікові групи осіб, що потерпіли від насильства в сім'ї,

закінчиться. Проявляється і байдуже відношення медичного персоналу в поліклініках, санаторіях і лікарнях до осіб похилого і, тим більше, старечого віку ("Скільки Вам років? Чого Ви хочете від свого зношеного організму? Не слід морочити нам голову своїми хворобами! Вам вже ніяке лікування не допоможе! " й таке інше).

Погане ставлення до літніх громадян формує в свідомості людей негативний образ старої людини, якій приписуються узагальнені якості, що применшують і принижують її особистість.

Інколи до людей похилого й особливо старечого віку може застосовуватись пряме насильство, до якого відносяться:

1) *соціальна агресія* (неповажне ставлення в суспільстві до старих людей, вчинення образливих, хуліганських дій по відношенню до них та ін.);

2) *психологічний терор* (дезінформація, залякування, образи, знущання, підбурювання до суїциду);

3) *економічне насильство* (позбавлення фінансової свободи, вчинення кримінальних дій (фінансовий шантаж, вимагання, крадіжка), трудова експлуатація);

4) *насильницька ізоляція* (соціальна, фізична, психологічна та інформаційна);

5) *позбавлення можливості реалізації гігієнічних вимог і потреб;*

6) *позбавлення відпочинку або сну;*

7) *позбавлення їжі та/або води;*

8) *застосування прямої фізичної сили* (жорстоке поводження, позбавлення рухів (зв'язування), сексуальне насильство, заподіяння умисних тілесних ушкоджень);

9) *відмова в необхідному лікуванні, позбавлення медичної допомоги* (пасивна евтаназія);

10) *вбивство.*

У кримінальному кодексі України, Стаття 126-1. "Домашнє насильство" йдеться про умисне систематичне вчинення фізичного, психологічного або економічного насильства щодо подружжя чи колишнього подружжя або іншої особи, з якою винний перебуває (перебував) у сімейних або близьких відносинах, що призводить до фізичних або психологічних страждань, розладів здоров'я, втрати працездатності, емоційної залежності або погіршення якості життя потерпілої особи. Такий злочин карається громадськими роботами на строк від ста п'ятдесяти до двохсот сорока годин, або арештом на строк до шести місяців, або обмеженням волі на строк до п'яти років, або позбавленням волі на строк до двох років [5]. Слід зазначити, що у людей похилого віку домашнє насильство дуже важко розпізнати тому, що вони бояться про це говорити оточуючим, щоб не спровокувати погіршення ситуації, або тому, що вважають таке ставлення до себе за норму.

Найбільш часто люди похилого та старечого віку стикаються з психологічним насильством. Згідно закону України "Про запобігання та протидію домашньому насильству" (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 5, ст.35, психологічне насильство – форма домашнього насильства, що включає словесні образи, погрози, у тому числі щодо третіх осіб, приниження, переслідування, залякування, інші діяння, спрямовані на обмеження волевиявлення особи, якщо такі дії або бездіяльність викликали у постраждалої особи побоювання за свою безпеку чи безпеку третіх осіб, спричинили емоційну невпевненість, нездатність захистити себе або завдали шкоди психічному здоров'ю особи [6].

Небажання піклуватися про літніх людей і надавати їм необхідну медичну допомогу, ігнорування проблем та потреб пацієнтів похилого й старечого віку, зневажливе ставлення до старості та емоційна глухота в спілкуванні з представниками старшого покоління створюють соціальний і психологічний вакуум, що сприяє включенню або посиленню дезадаптаційних процесів, які чинять деструктивний вплив на всі сфери життєдіяльності осіб періоду інволюції.

У Конституції України, Розділ 1, стаття 49, говориться, що "у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Необхідно створювати умови для ефективного і доступного медичного обслуговування всіх громадян, незалежно від їх віку. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування" [2].

Громадяни похилого віку в Україні потребують турботи і гідного життя. Налагодження взаємодії між представниками різних вікових груп, допоможе подолати у суспільстві негативні стереотипи ставлення до старості та дозволить створити комфортні і безпечні умови для старіння у демократичному, толерантному суспільстві, в якому немає місця геронтофобії та ейджизму.

#### Список використаних джерел

1. Стюарт-Гамільтон, Я. Психологія старення. Текст. / Я. Стюарт-Гамільтон. С-Пб.: Питер, 2002. 256 с.
2. Конституція України, Розділ 1, стаття 49. Електронний ресурс: <https://www.president.gov.ua/ua/documents/constitution/konstituciya-ukrayini-rozdil-ii>
3. Закон України "Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні", стаття 49. Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/3721-12>
4. Закон України «Про права пацієнтів в Україні». Електронний ресурс: <https://www.health-ua.org/faq/shkola-zdorovya/2148.html>
5. Кримінальний кодекс України. Стаття 126-1. Домашнє насильство.

виробка у курсантів та студентів навичок зупинки кровотеч, роботи з перев'язувальними матеріалами, відновлення дихальної функції, проведення реанімаційних заходів при зупинці дихання [2]. Крім того, до неї включені алгоритми забезпечення безпеки особи, що надає допомогу та поведження з небезпечними факторами, виклику та взаємодії зі спеціалістами. Такий підхід є цілком виправданим, адже сьогодні від працівника поліції очікують виважених і правильних дій щодо парамедичних втручань під час виконання ним своїх професійних обов'язків, зокрема врахування найбільш прогресивних міжнародних стандартів надання домедичної допомоги [4].

Даний курс складається на 75% з практичних занять, які проводяться у форматі обговорення та дискусій, роботи з відеоматеріалами, демонстрації та відпрацювання навичок, роботи в малих групах шляхом виконання практичних ситуаційних завдань – квестів, виключно по кожній темі в один день. Місцями для проведення курсу навчання є полігони, лісова зона, промислова зона віддалена від житлових приміщень, спортивні зали, аудиторії, що забезпечені інтерактивними дошками або іншим мультимедійним спорядженням. Кожен блок знань дисципліни відпрацьовується з використанням тренувального обладнання – спеціалізованими та імпровізованими засобами надання допомоги, манекенами, технічними засобами, автомобілями тощо, що обумовлюється вимогами проведення конкретної теми та специфікою діяльності слухачів.

Професорсько-викладацьким складом кафедри криміналістики та судової медицини та працівниками навчально-тренувального відділення домедичної підготовки Київського центру первинної професійної підготовки «Академія поліції» Національної академії внутрішніх справ повністю оновлено методичне забезпечення дисципліни. За останні три роки створені та отримали видання - підручник, три посібника, два курси лекцій, мультимедійний посібник, мультимедійні презентації, відеофільми з домедичної підготовки, які оприлюднені на офіційному веб-порталі НАВС.

Досвід вищих навчальних закладів Служби безпеки України, Міністерства оборони, Національної гвардії України, навчальних департаментів інших силових відомств свідчить про необхідність застосування повторних занять для збереження практичних навичок з надання домедичної допомоги. Тому, при проведенні щорічних тактичних навчань в Національній академії внутрішніх справ обов'язково застосовується повторна перевірка знань і навичок з домедичної підготовки.

#### Список використаних джерел

1. Пам'ятка з домедичної підготовки: навч. посіб./ Т.П. Жилін, О.В.Чуприна, Т.Г. Нагайник. К. : Нац. акад. внутр. справ, 2018. 102 с.

**Чуприна Олена Віталіївна**  
професор кафедри криміналістики  
та судової медицини НАВС  
кандидат медичних наук, доцент

### **СУЧАСНІ ВИМОГИ ДОМЕДИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ПРАЦІВНИКІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІЦІЇ**

Домедична підготовка є складовою професійної підготовки сучасних поліцейських. Згідно Закону України «Про Національну поліцію», перед ними стоїть низка завдань, зокрема щодо надання послуг із допомоги особам, які з особистих, економічних, соціальних причин або внаслідок надзвичайних ситуацій потребують такої допомоги [3, с. 17], що в контексті обов'язково передбачає й надання постраждалим домедичної допомоги [1, с. 4].

Правила та алгоритми надання домедичної допомоги при різноманітних патологічних станах, затвержені Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 червня 2014 року за № 398, вимагають від поліцейського засвоєння наступних знань та вмінь [3, с. 17]:

- техніки проведення серцево-легеневої реанімації;
- техніки проведення серцево-легеневої реанімації за допомогою напівавтоматичного дефібрилятора;
- техніки проведення серцево-легеневої реанімації різних вікових груп (дітей, немовлят та новонароджених);
- техніки допомоги при обструкції верхніх дихальних шляхів (зупинці дихання в разі аспірації (вдихання) чужорідного тіла);
- техніки допомоги при народженні та особливості допомоги вагітним;
- надання допомоги постраждалим з різноманітними травмами;
- техніки допомоги при невідкладних медичних станах (опіках, переохолодженні, утопленні, інтоксикації, електротравмі);
- основам патофізіології, метаболізму, його порушенням та техніки допомоги при них (гіпер- та гіпоглікемії, шоку й різновидів шоків, інфаркту, інсульту, судомних нападів);
- техніки проведення іммобілізації та переміщення постраждалих;
- методиці сортування постраждалих при масових ураженнях.

Відповідно до наказу МОЗ України № 346 від 29.03.2017 «Про удосконалення підготовки з надання домедичної допомоги осіб, які не мають медичної освіти» в контексті її другого рівня – «Перший на місці події» (48 годин), на базі Національної академії внутрішніх справ затверджена навчальна програма дисципліни «Домедична підготовка» [2, с. 4], яка ґрунтується на міжнародних уніфікованих клінічних протоколах медичної допомоги BLS ITLS, PhTLS, де основним алгоритмом надання допомоги є ABC, тобто: Airways (дихальні шляхи), Breathing (дихання), Circulation (циркуляція крові) [1, с. 8-13]. Її практичним завданням стала

Електронний ресурс:

[https://kodeksy.com.ua/kriminal\\_nij\\_kodeks\\_ukraini/126-1.htm](https://kodeksy.com.ua/kriminal_nij_kodeks_ukraini/126-1.htm)

6. Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 5, ст.35).  
Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/2229-19>

**Біленчук Петро Дмитрович**,  
кандидат юридичних наук, доцент,  
професор кафедри кримінального права  
і процесу Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету  
**Малій Микола Іванович**,  
директор правничої компанії  
ТОВ «АЮР-КОНСАЛТИНГ»

### **ПРАВОВІ ЗАСАДИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ В УМОВАХ РОЗВИТКУ ЕЛЕКТРОННОЇ ЦИВІЛІЗАЦІЇ**

Сучасний період розвитку Земної цивілізації характеризується як глобальне інформаційне суспільство – суспільство, в якому діяльність людей здійснюється на основі використання послуг, що надаються інформаційними системами та технологіями зв'язку.

Широке впровадження на світовому рівні комп'ютеризованих (автоматизованих комп'ютерних) інформаційно-технологічних систем поряд з поліпшенням взаємодії між окремими людьми, їх спільностями, суспільствами, цілими народами, державами висуває багато актуальних проблем, які потребують наукового дослідження, обґрунтування і практичного вирішення. Серед таких визначається популярна практика використання сучасних інформаційних технологій в антисоціальних, переважно злочинних цілях.

Очевидно, що виклики, загрози і небезпеки, які пов'язані з кіберзлочинністю, кібершахрайством, кібертероризмом у всьому світі [1, 2, 3] свідчать про те, що потужний розвиток Індустрії 4.0, четвертої промислової революції і Суспільства знань [4, 5, 6] привів до появи нових форм та видів психічних захворювань [7, с.128].

Водночас в ст. 3 Конституції України чітко вказано, що «Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Держава відповідає перед людиною за свою діяльність. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави» [8].

Ці засадничі конституційні положення зобов'язують освітян, науковців і практиків звернути особливу увагу на здійснення

фундаментальних правових і медико-психофізіологічних досліджень з метою забезпечення життя і здоров'я людини в умовах широкого поширення нового виду інформаційних психічних хвороб не тільки у світі, але і в Україні [9, с. 211].

Сьогодні відомою є група комп'ютерних злочинців, які страждають новим видом психічних захворювань – інформаційно-комп'ютерними фобіями. Цей вид захворювань спричиняється порушенням інформаційного режиму людини, інтелектуальним, психологічним перевантаженням чи збоченим відчуттям «інформаційного голоду». Нерідко, це визначається, як неврози, спричинені збоями інформаційного темпоритму тощо. Дослідженням таких психіатричних професійних хвороб займається, порівняно нова і молода галузь медицини – інформаційна психіатрія та неврологія.

За даними спеціальної комісії Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), яка узагальнила всі наявні в її розпорядженні матеріали про вплив комп'ютерних технологій на здоров'я їх користувачів, негативні наслідки для здоров'я людини при частій і тривалій праці з персональним комп'ютером є об'єктивною реальністю.

Таким чином, можна стверджувати, що комп'ютерні злочини можуть вчинятися і вчиняються особами, які страждають таким видом психічним захворювань, як комп'ютерні фобії, а тому у разі встановлення таких фактів слід обов'язково призначати судово-психіатричну експертизу. Це дозволить встановити, чи вчинила особа злочин у стані афекту, чи з причини психічного захворювання, чи з якихось інших причин.

Дослідники на основі всебічного аналізу емпіричних даних підкреслюють, що комп'ютерні злочини, які вчиняються злочинцями даної групи, переважно пов'язані зі злочинними діями, спрямованими на фізичне знешкодження або пошкодження засобів комп'ютерної техніки без наявності злочинного умислу, з частковою або повною втратою контролю над своїми діями [7, с. 128].

#### Список використаних джерел

1. Біленчук П. Д., Лихова С. Я. Криміналістична характеристика кіберзлочинності. *Актуальні питання судової експертології, криміналістики та кримінального процесу: мат. I міжн. наук. практ. конф. (Київ, 5 листопада 2019)*. Київ: КНДІСЕ, 2019. С.64-68.
2. Біленчук П., Малій М. Кіберсвіт у новому тисячолітті. Хто вони: кіберзлочинці, кібершахраї, кібертерористи? *Юридичний Вісник України*. 2019. 39. С.14-15.
3. Біленчук П., Малій М. Космічна й електронна кіберзлочинність: загрози і виклики нового тисячоліття. *Юридичний Вісник України*. 2019. 41. С.14.
4. Біленчук П. Д. Кобилянський О. Л., Малій М. І. та ін. Е-суспільство:

Так, характерними спеціальними ознаками фармацевтичного працівника як суб'єкта складу злочину, передбаченого у диспозиції ст. 140 КК України, є: здобуття фармацевтичним працівником спеціальної освіти; відповідність єдиним кваліфікаційним вимогам, що встановлюються на підставі атестації фармацевтичних працівників; здійснення професійних обов'язків під час виконання обов'язків фармацевта, які пов'язані з наданням допомоги з фармакотерапії, виготовлення та надання виробів медичного призначення, фармацевтичної опіки.

Серед спеціальних ознак, що характеризують медичного працівника як суб'єкта складу злочину, передбаченого у диспозиції ст. 140 КК України, можна виділити такі: здобуття медичним працівником спеціальної (медичної) освіти; відповідність єдиним кваліфікаційним вимогам, що встановлюються на підставі атестації медичних працівників та стажування; здійснення професійних обов'язків під час надання медичної допомоги пацієнту, яка пов'язана із лікуванням, діагностикою, профілактикою захворювань та реабілітацією [4, с. 138-139].

Суб'єктивна сторона злочину характеризується виною у формі необережності. Якщо особа не передбачала можливості настання суспільно небезпечних наслідків і з урахуванням конкретної ситуації не могла і не повинна була їх передбачити, відповідальність за ст. 140 КК України виключається.

Таким чином, притягнення фармацевтичного або медичного працівника до відповідальності за неналежне виконання ним професійних обов'язків є досить проблематичним, оскільки обставини справи повинні відповідати не тільки загальним умовам складу злочину, а й кваліфікуючим ознакам.

#### Список використаних джерел

1. Кримінальний Кодекс України від 28. 12. 1960 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/KD0006.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KD0006.html)
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#n55> (дата звернення: 02.11.2019 р.).
3. Науково-практичний коментар Кримінального Кодексу України / Д.С. Азаров, В. К. Гришук, А. В. Савченко. Київ: Юрінком Інтер, 2016. 1064 с.
4. Лихова С.Я., Монастирський Н.М. Медичний та фармацевтичний працівник як спеціальні суб'єкти злочину. *Юридичний вісник*. 2017. № 3. С. 137-142.

з надання допомоги з фармакотерапії, виготовлення та надання виробів медичного призначення, фармацевтичної опіки, що здійснюються фармацевтичним працівником щодо пацієнта.

Відповідно до ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я «медична допомога» визначається як діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами [2].

Безпосереднім об'єктом даного складу злочину є життя та здоров'я особи, а також установлений порядок надання кваліфікованої медичної допомоги.

Якщо говорити про об'єктивну сторону даного злочину, то до неї входить невиконання або неналежне виконання медичним або фармацевтичним працівником своїх професійних обов'язків внаслідок недбалого чи несумлінного до них ставлення.

Власне під «невиконанням професійних обов'язків» слід розуміти, що медичний або фармацевтичний працівник не вчиняє ті дії, які він в силу виконуваної роботи зобов'язаний був вчинити. Фактично, під даним поняттям можна розуміти тотальну бездіяльність працівника, наприклад: відмова від госпіталізації хворого, який потребує невідкладної медичної допомоги, відмова від проведення невідкладної операції тощо.

Порівняно з поняттям «неналежного виконання професійних обов'язків» вищезгадане поняття є досить очевидним і однозначним в судовій практиці. Здебільшого, під неналежним виконанням прийнято розуміти ситуацію, коли медичний працівник виконує свої обов'язки не в повному обсязі, недбало, поверхнево, не так, як цього вимагають інтереси його професійної діяльності [3, с. 674-676].

Таким чином, неналежне виконання полягає у недбалому та несумлінному ставленні працівником до професійних обов'язків, тобто у суб'єктивному відношенні медичного чи фармацевтичного працівника, яке характеризується тим, що особа не лише повинна була, а й мала реальну можливість виконати покладені на нього професійні обов'язки належним чином, але не зробила цього внаслідок халатності.

Ще однією ознакою об'єктивної сторони злочину, визначеного ст. 140 КК України, є спричинення тяжких наслідків для хворого, зокрема, це може бути смерть, заподіяння тяжких чи середньої тяжкості тілесних ушкоджень, суттєве погіршення здоров'я хворого тощо. Якщо ж тяжких наслідків для здоров'я хворого не відбулось, то застосування ст. 140 КК України неможливе.

Суб'єктами даного складу злочину є фармацевтичні та медичні працівники, однак потрібно зазначити спеціальні ознаки цих суб'єктів [3, с. 677-678].

цифрове майбутнє України. *Монографія. за заг. ред. П.Д. Біленчука.-2-ге вид. переробл.* Київ : УкрДГПІ, 2019. 292 с.

5. Біленчук П. Д., Близнюк М. М., Кобилянський О. Л., Малій М. І., Пілюков Ю. О., Соболев О. В. Електронна цивілізація: інноваційне майбутнє України. *Монографія за заг. Ред. П.Д. Біленчука* К.: УкрДГПІ, 2018. 284 с.

6. Біленчук П. Д., Береський Я. О., Кобилянський О. Л., Малій М. І., Перелигіна Р. В. Конвергенція сонячного суспільства знань: креативна освіта і цивілізаційний розвиток. *Монографія за заг.ред. П.Д. Біленчука.* К.:УкрДГПІ, 2019. 416 с.

7. Біленчук П. Д., Гуцалюк М. В., Романюк Б. В. та ін. Комп'ютерна злочинність. *Навч. посіб.* Київ: Атіка, 2002. 240 с.

8. Конституція України. К.: Юрінком, 1996. С. 4.

9. Біленчук П. Д., Гуцалюк М. В., Кравчук О. В., Козир М. В. Комп'ютерний тероризм: суперхакери, кібертерористи, кіберкриміналісти. *Монографія.* Київ: Наука і життя, 2008. 292 с.

**Бондар Владислава Вікторівна**

студентка групи ПР-404

Юридичного факультету

Національного авіаційного університету

**Науковий керівник:**

**Ергард Наталія Миколаївна**

кандидат медичних наук, доцент,

професор кафедри кримінального

права і процесу Юридичного факультету

Національного авіаційного університету

## **ПРАВОВІ ЗАСАДИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА ЛЮДИНИ НА ЖИТТЯ ТА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я**

Найважливішим і найціннішим з-поміж особистих прав і свобод людини є право на життя. Універсальність цього права і його природний характер підкреслюється у міжнародно-правових документах, які визнані всіма цивілізованими державами світу. Зокрема, в ст.3 Загальної декларації прав людини сказано, що «кожна людина має право на життя, на свободу і особисту недоторканність» [1]. У Конвенції про захист прав і основних свобод людини у ст.2 зазначається, що право на життя захищається законом, і жодна людина не може бути умисно його позбавлена [2]. Положення міжнародно-правових актів повною мірою відображені у Конституції України, де у преамбулі проголошується, що держава дбає про забезпечення прав і свобод людини та гідних умов її життя, а в ст.3 зафіксовано, що «людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою

соціальною цінністю». У ст. 27 Конституції закріплено, що кожна людина має невід'ємне право на життя, і ніхто не може бути свавільно позбавлений життя [3].

Аналізуючи чинне законодавство, зокрема ст. 281 Цивільного кодексу України, можна зробити висновок, що законодавець вводить додатково цілу низку прав та обов'язків фізичної особи, об'єднуючи їх під загальним поняттям «право на життя». До них законодавець, зокрема, відносить: право на проведення медичних, наукових та інших дослідів, заборону активної евтаназії, право на стерилізацію, право на штучне переривання вагітності, право на штучне запліднення та перенесення зародку в організм жінки тощо. Тому з огляду на вищезазначене можна визначити, право на життя є особистим немайновим правом фізичної особи щодо володіння та користування незабороненим законом способом власним життям, а також захисту власного життя та життя інших осіб у межах, передбачених законодавством [4].

Крім права на життя, Конституція України гарантує кожному громадянину ще й право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування (стаття 49). Це право забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава повинна створювати умови для ефективного і доступного всім громадянам медичного обслуговування. Крім того, держава повинна дбати про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечувати санітарно-епідемічне благополуччя [3].

Європейська соціальна хартія також визначає, що країни, які ратифікують цей документ, з метою забезпечення ефективного здійснення права на охорону здоров'я зобов'язуються самостійно або в співробітництві з громадськими чи приватними організаціями вживати відповідних заходів для того, щоб: усунути, у міру можливості, причини слабого здоров'я; забезпечити діяльність консультативно-просвітницьких служб, які сприяли б поліпшенню здоров'я й підвищенню особистої відповідальності за стан здоров'я; запобігати, у міру можливості, епідемічним, ендемічним, іншим захворюванням, а також нещасним випадкам.

Пріоритетними для влади завданнями для виконання цих конституційних зобов'язань є: реформування системи охорони здоров'я, перегляд засад фінансування галузі, формування законодавчих засад впровадження страхової медицини, боротьба з поширенням епідемії туберкульозу і ВІЛ-інфекції/СНІДу, зниження рівня дитячої смертності, забезпечення розвитку медицини у сільській місцевості [5].

Право громадянина України на охорону здоров'я визначене і в «Основах законодавства України про охорону здоров'я», де в ст. 6 зазначається, що право на охорону здоров'я передбачає: життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне

**Цезар Анна Романівна**

студентка групи ПР-404

Юридичного факультету

Національного авіаційного університету

**Науковий керівник:**

**Ергард Наталія Миколаївна**

кандидат медичних наук, доцент

професор кафедри кримінального права

та процесу Юридичного факультету

Національного авіаційного університету

## **ОСОБЛИВОСТІ ПРИТЯГНЕННЯ МЕДИЧНИХ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ**

Існування правової невизначеності та недостатньої врегульованості галузі медичного права призвело до того, що лікарі фактично завжди знаходяться «під прицілом» волі пацієнта, який будь-яку дію чи бездіяльність лікаря може розцінити, як помилку. Перш за все, аналізуючи відповідальність медичних працівників, варто відзначити, що вона може бути не лише кримінальною, а й цивільно-правовою, адміністративною та дисциплінарною.

Під цивільно-правовою розуміється майнова відповідальність медичного працівника. Зокрема, пацієнт має право в судовому порядку повернути собі сплачені кошти за невиконану медичну послугу, а також просити відшкодувати нанесену йому матеріальну та/або моральну шкоду. Адміністративна відповідальність, як правило, стосується керівників медичних закладів, а тому адміністративні стягнення накладаються у разі неправильного адміністрування медичного закладу. В свою чергу, дисциплінарна відповідальність – це відповідальність, яку застосовують до працівників.

Повертаючись до кримінальної відповідальності лікаря, то слід розуміти, що вона наступає за злочини, які вчиняються медичними працівниками і є злочинами проти життя та здоров'я особи. Так, більшість справ проти лікарів стосуються кваліфікації їх дій як злочинних, а саме передбачених ст. 140 Кримінального кодексу України (далі – КК України): невиконання чи неналежне виконання медичним або фармацевтичним працівником своїх професійних обов'язків внаслідок недбалого чи несумлінного до них ставлення, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого [1].

Перш за все необхідно розібратися з поняттями фармацевтичної та медичної допомоги. У законодавстві України відсутнє визначення або тлумачення професійних обов'язків фармацевтичного працівника, однак юридична практика оперує таким поняттям як «фармацевтична допомога». Таким чином, фармацевтична допомога – це комплекс заходів

щомісячне і у кожному випадку виявлення трупів осіб, які померли від гострозаразних захворювань та подальшого проведення повного прибирання в усіх приміщеннях моргу (при ОНІ прибирання та дезінфекцію проводить санепідемстанція); проведення судово-токсикологічних експертиз в спеціально обладнаних для хімічних робіт лабораторіях, які мають витяжні шафи з вентиляційною установкою.

Необхідним додатком до цього є використання експертами засобів індивідуального захисту під час проведення автопсій та судово-медичних експертиз; встановлення в секційних залах бактерицидних ламп в необхідній кількості та потужних вентиляційних систем; своєчасне проходження лікарями флюорографічних обстежень та загартовування організму для підвищення імунітету і витривалості.

**Висновки.** Отже, вдосконалення та підтримка необхідного рівня захищеності судово-медичних експертів, як працівників категорії з численними професійними факторами ризику, є важливою ланкою профілактичної медицини в Україні. Забезпечення судово-медичних бюро необхідним обладнанням залежить від фінансування судово-експертної діяльності (ст. 15), що регулюється на державному рівні. Тому важливим є посилення уваги керівництва держави до проблем поширення небезпечних захворювань.

#### Список використаних джерел

1. Державна установа "Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України" [Електронний ресурс]: [Веб-сайт]. - Електронні дані. - м. Київ, вул. Ярославська, 41, 2019. - Режим доступу: <https://phc.org.ua>
2. С. Крамарев. Проблема щодо інфекційних хвороб в Україні [Електронний ресурс]: [Веб-сайт]. - Електронні дані. - Київ, вул. Хрещатик, 4, 1998-2019. - Режим доступу: <https://www.unian.ua>
3. Ю. І. Кундієв. Професійні інфекційні хвороби. Київ, 2014. с. 72
4. The Official Journal of the Japanese Society of Pathology: Minoru Sugita, Yutaka Tsutsumi. An Occupational Hazard for Pathologists and Pathology Technicians in Japan, 1990. P 119.
5. The Journal of Infectious Diseases, Volume 168, Issue 6, December 1993: Steven T. Mast, Jonathan D. Woolwine, Julie Louise Gerberding. Efficacy of Gloves in Reducing Blood Volumes Transferred during Simulated Needlestick Injury 1993;168:1589-92.
6. Nicolai P, Aldam CH, Allen PW. Increased awareness of glove perforation in major joint replacement. A prospective, randomised study of Regent Biogel Reveal gloves. J Bone Joint Surg Br 1997;79:371-3.

обслуговування і забезпечення, який є необхідним для підтримання здоров'я людини; безпечно для життя і здоров'я навколишнє природне середовище; санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту, де він проживає; безпечні і здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку; кваліфіковану медичну допомогу; достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи існуючі і можливі фактори ризику та їх ступінь; участь в обговоренні проектів законодавчих актів і внесення пропозицій щодо формування державної політики в сфері охорони здоров'я; участь в управлінні охороною здоров'я та проведенні громадської експертизи з цих питань; можливість об'єднання в громадські організації з метою сприяння охороні здоров'я; правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних із станом здоров'я; відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди; оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я; право пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні в закладі охорони здоров'я, на допуск до нього інших медичних працівників, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса та адвоката, а також священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду; інформування про доступні медичні послуги із застосуванням телемедицини [6].

Держава зобов'язана гарантувати всім громадянам реалізацію їх прав у сфері охорони здоров'я, і відповідно до чинних нормативно-правових актів України та міжнародних договорів здійснює це шляхом: створення розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я; організації і проведення системи державних і громадських заходів щодо охорони та зміцнення здоров'я; фінансування надання всім громадянам та іншим визначеним законом особам гарантованого обсягу медичних послуг та лікарських засобів; здійснення державного і можливості громадського контролю та нагляду в сфері охорони здоров'я; організації державної системи збирання, обробки і аналізу соціальної, екологічної та спеціальної медичної статистичної інформації; встановлення відповідальності за порушення прав і законних інтересів громадян у сфері охорони здоров'я.

Таким чином, права людини на життя та охорону здоров'я є основоположними та невід'ємними правами, які гарантуються державою та забезпечуються у відповідності до норм законодавчих актів країни та ратифікованих Україною міжнародних договорів.

#### Список використаних джерел

1. Загальна декларація прав людини: Декларація ООН від 10.12.1948 р. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_015](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015) (дата звернення: 02.11.2019 р.).
2. Конвенція про захист прав людини та основоположних свобод: Конвенція Ради Європи від 04.11.1950 р. URL:

[https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_004](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004) (дата звернення: 02.11.2019 р.).

3. Конституція України від 28.07.1996 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254> (дата звернення: 02.11.2019 р.).

4. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15> (дата звернення: 02.11.2019 р.).

5. Європейська соціальна хартія: Хартія Ради Європи від 03.05.1996 р. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_062](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062) (дата звернення: 02.11.2019 р.).

6. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#n55> (дата звернення: 02.11.2019 р.).

### **Бондар Станіслав Степанович**

кандидат медичних наук, доцент,  
доцент кафедри судової медицини  
та медичного права

Національного медичного університету  
імені О.О. Богомольця

## **ПОРУШЕННЯ ПРАВА НА ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ПАСАЖИРІВ ТА ІНШИХ УЧАСНИКІВ РУХУ, ПРИ ПОРУШЕННІ ВОДІЯМИ ПРАВИЛ БЕЗПЕКИ ДОРОЖНЬОГО РУХУ**

Протягом останніх років на Україні відбулося значне збільшення кількості легкових автомобілів, які знаходяться у приватній власності, інколи одна сім'я із 2-4 чоловік має декілька автомобілів для кожного члена сім'ї. У переважній більшості це автомобілі іноземних автовиробників, які мають високі швидкісні і маневрені характеристики і у малодосвідчених водіїв виникає спокуса сповна використати їх під час руху у населених пунктах, і поза ними, в умовах нашої в основному не задовільної дорожньої інфраструктури, значної кількості автомобілів та інтенсивності руху.

Ці, та інші причини, призвели до того, що Україна займає одне із чільних місць у Європі по кількості дорожньо-транспортних пригод (ДТП), які закінчуються травмуванням та смертю людей.

По даним Національної поліції МВС України, які оприлюднені прес-службою моторного (транспортного) страхового бюро України, за 9 місяців (січень-вересень) 2019 року зареєстровано майже 114,8 тис. ДТП (на 6,2% більше ніж за той же період 2018 р.), із яких у 18,4 тис випадків постраждали люди: загинуло біля 2,4 тис. осіб, травмовано біля 23,5 тис.

Найчастішими причинами ДТП були: 1. Перевищення швидкості руху – загинуло 474, травмовано 5383 осіб; 2. Порушення правил маневрування – загинуло 155, травмовано – 3282 осіб;

Ці показники більше відносно таких же причин ДТП у 2018 році

населення [2].

Також, проведеними дослідженнями в Російській Федерації встановлено надвисокий ризик інфікування ТБ співробітників бюро судово-медичної експертизи. Встановлено, що шанс виявлення *M. tuberculosis* у відділенні судово-медичної експертизи трупів у 122 рази є вищим, ніж у лабораторних підрозділах. Частота виявлення ДНК мікобактерій у секційних залах зі спецодягу склала 33,35 %, а з об'єктів виробничого середовища – 65,2%. Під час розтину трупів рівень контамінації одягу і персоналу склав 88,9%, а об'єктів виробничого середовища – 92,3%. Після закінчення роботи й здійснення заключної дезінфекції рівень контамінації склав 100 % [3, с. 72]. Опитування 1201 лікарів-експертів та 1187 санітарів відділення в Японії показав, що туберкульоз легень, пов'язаний з професією, серед експертів і техніків-патологів був в 6-10 разів вище, ніж у контрольній групі працівників, не пов'язаних з патологією [4, с. 119].

Найбільш ймовірне інфікування експерта в морзі можливе наступними збудниками інфекційних захворювань:

- вірусами, що викликають вірусні гепатити, ВІЛ;

- збудниками туберкульозу, венеричних захворювань і кишкових інфекцій.

Також існує високий ризик небезпеки зараження інфекційними захворюваннями такими шляхами:

- при травмах під час дослідження трупа в результаті порізів, уколів, пошкоджень уламками кісток;

- при дослідженні різних предметів, що пов'язані з обставинами настання смерті (наприклад, знаряддя, якими були заподіяні uszkodження)

Дослідження показали, що рукавички часто проколоті під час проведення розтину, і що 31,8% таких проколів залишаються непоміченими [5].

Одні рекомендують носіння подвійних рукавичок і їх часту зміну під час розтину (незалежно від того, здаються вони пошкодженими чи ні), а інші вважають ці витрати непотрібними. Однак слід зазначити, що при подвійних рукавичках зовнішня рукавичка захищає і знижує частоту перфорацій внутрішньої рукавички [6].

Шляхи вирішення даної проблеми полягають у забезпеченні адекватної вентиляції та використання засобів індивідуального захисту у вигляді щільної мікрофільтратної маски, використання подвійних рукавичок.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 січня 1995 року №6 "Про правила проведення судово-медичної експертизи трупів в бюро судово-медичної експертизи" передбачено проведення щотижневого прибирання у секційному залі і трупосховищі з обмиванням вікон і стелі 3% розчином хлораміну або з іншим миючим і дезінфікуючим засобом;



**Холодова Маргарита Ігорівна**

студентка 5209 групи  
2 медичного факультету

НМУ імені О.О. Богомольця

**Науковий керівник:**

**Федорова Олена Анатоліївна**

кандидат медичних наук,  
асистент кафедри судової медицини  
та медичного права  
НМУ імені О.О.Богомольця

### **БЕЗПЕКА СУДОВО-МЕДИЧНОГО ЕКСПЕРТА ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ДОСЛІДЖЕНЬ ТРУПІВ В БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ**

Дана проблема є актуальною, оскільки несприятлива ситуація в Україні щодо захворюваності на інфекційні хвороби та тенденцію до їх поширення спонукає на вдосконалення та підтримку необхідного рівня захищеності судово-медичних експертів як працівників категорії з численними професійними факторами ризику.

Метою роботи став аналіз перспективи і досвід забезпечення інфекційної безпеки персоналу в бюро судово-медичних експертиз інших країн з пропозиціями залучення заходів, спрямованих на попередження виникнення професійних захворювань серед лікарів судово-медичних експертів.

Нами був проведений аналіз літератури і вибірка даних з досліджень зарубіжних вчених, практичних рекомендацій, гайдлайнів, порівняння експериментальних результатів та оцінка можливості використання отриманої інформації в практиці судово-медичного експерта.

**Отримані результати.** За даними Європейського центру з контролю та профілактики захворюваності та Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я, Україна - єдиний у світі регіон, де продовжує зростати кількість нових випадків ВІЛ-інфекції та смертей від СНІДу. Згідно з офіційними статистичними даними за період 1987 – травень 2019 р., у країні офіційно зареєстровано 341 084 випадки ВІЛ-інфекції серед громадян України, зокрема 114 487 випадків захворювання на СНІД і 49 751 випадок смерті від захворювань, зумовлених СНІДом.

Станом на 01.04.2019 у закладах охорони здоров'я під медичним наглядом перебувало 142 076 ВІЛ-інфікованих громадян України (показник 336,5 на 100 000 населення), зокрема 46 987 хворих із діагнозом «СНІД» [1].

За даними центру медичної статистики МОЗ, за 6 місяців 2018 року в Україні на активний туберкульоз захворіли 13 817 осіб. Це - нові випадки та рецидиви. Рівень захворюваності на туберкульоз складає 32,6 на 100000

відповідно на 21 і 19,9%.

На третьому місці по частоті причин ДТП у 2019 році було порушення правил проїзду перехресть та правил обгону.

ДТП обумовлені об'єктивними і суб'єктивними причинами. До об'єктивних причин виникнення ДТП відносяться: погодні умови, стан дороги (дорожнього покриття, дорожньої розмітки, відсутність дорожніх знаків), час доби і ін. До суб'єктивних причин відносяться: порушення швидкості; порушення правил маневрування; правил проїзду перехресть і недотримання безпечної дистанції; керування у нетверезому (п'яному) стані; значна психофізична втома (засинання).

Об'єктивні причини, які можуть сприяти виникненню передумов можливих ДТП від водіїв не залежать, проте вони повинні адекватно оцінюватися водіями, підвищувати їх пильність і обережність при керуванні засобами із вибором режиму максимально безпечного руху у конкретних умовах. Тобто, при належній оцінці об'єктивних загроз можливого виникнення в таких умовах ДТП, суб'єктивна поведінка водія, відносно керування автотранспортом, в більшості випадків попереджає виникнення ДТП.

Незалежно від видів ДТП, значна їх кількість за 9 місяців 2019 року була скоєна водіями при управлінні транспортним засобом у нетверезому стані, що призвело до загибелі 722 і травмуванні 7232 осіб.

Із приведених даних видно, що людський, суб'єктивний фактор є найчастішою причиною скоєння ДТП. Водій, керуючи транспортним засобом повинен усвідомлювати, що він відповідає за здоров'я і життя пасажирів і інших учасників руху в т.ч. пішоходів. А тому при скоєнні ДТП він посягає на здоров'я і життя інших учасників руху і у випадку виникнення у них середньої тяжкості чи тяжких тілесних ушкоджень, або ж їх смерті, несе відповідальність відповідно статті 286 Кримінального кодексу України де визначено складом злочину наявність шкоди що спричиняється життю, або здоров'ю потерпілих.

Яким же чином це довести до свідомості водіїв, майбутніх і нинішніх, щоб вони знали і розуміли можливі правові наслідки порушення правил дорожнього руху і керування автомобілем у неналежному власному стані та технічному стані автомобіля?

Вбачається, що сприяти цьому можливо наступним чином:

1. Збільшувати правосвідомість відносно цих питань під час навчання на курсах по підготовці майбутніх водіїв у автошколах та навчальних закладах, які займаються такою підготовкою, для чого залучати юристів, працівників ДАІ.

2. Вести правові питання по відповідальності водіїв за скоєння ДТП внаслідок порушення правил дорожнього руху, внаслідок яких виникли тілесні ушкодження, або настала смерть потерпілих учасників руху у перелік поточних та заключних екзаменаційних тестових завдань.

3. Максимально збільшити кількість різних видів зовнішньої реклами розташованої уздовж доріг, направленої на попередження причин ДТП, для чого розробити відповідні написи та зображення, та вирішити питання фінансування виготовлення та розміщення таких реклам спільно МВС із місцевими адміністраціями.

4. Як питання державної ваги, розглядати проведення цілеспрямованого виділення урядом коштів МВС України для придбання необхідної кількості систем Тгу Сам та оснастити ними усі підрозділи ДАІ для контролю дотримання водіями безпечної швидкості руху.

#### **Борисова І.В.**

студентка 4 курсу

Юридичного факультету

Національного авіаційного університету

#### **Науковий керівник:**

#### **Ергард Наталія Миколаївна**

кандидат медичних наук, доцент,

професор кафедри кримінального

права і процесу Юридичного факультету

Національного авіаційного університету

### **ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ЛЮДИНИ В УКРАЇНІ: СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ**

Проблема забезпечення прав людини напри кінці ХХ – на початку ХХІ ст. стала однією з найактуальніших проблем людства та має складні внутрішньодержавні й міжнародні аспекти прояву.

Ця проблема тісно пов'язана з недостатнім рівнем дотримання закріплених у Конституції України прав і свобод особи з боку держави, що знаходить свій прояв як у певних труднощах реалізації деяких з них (передусім це стосується соціально-економічних прав), так і в недостатньому рівні їх захищеності від правопорушень.

Під конституційно-правовим статусом особи слід розуміти закріплену в Конституції систему взаємовідносин між особою та державою, що має такі складові елементи, як конституційні права, свободи та обов'язки, основні принципи конституційно-правового статусу особи, що є закріпленим у Конституції, громадянство.

Прийняття Конституції України стало важливим кроком у нормативній регламентації Парламентом України основних прав і свобод громадян. Сучасне конституційне законодавство України в частині закріплення прав та свобод громадян відповідає міжнародно-правовим стандартам прав людини, Загальній декларації прав людини від 10 грудня 1948 р., Міжнародному пакту про громадянські та політичні права від 19 грудня 1966 р., Міжнародному пакту про економічні, культурні й

допоміжного материнства. Крім того, було запропоновано впровадження державних програм сурогатного материнства, що обумовлювали безпосереднє сприяння держави особам, які з об'єктивних причин виявили бажання стати замовником процедури сурогатного материнства.

Законодавство України в сфері регламентації сурогатного материнства потребує значного доповнення, яке дозволило б усунути існуючі прогалини та колізії в правовому регулюванні допоміжних репродуктивних технологій:

1. законодавство спрямоване на захист прав генетичних батьків, порівняно з правами сурогатної матері;

2. сурогатне материнство регулюється багатьма різними нормативно-правовими актами, єдиний базовий законодавчий акт, який регулював би всі аспекти застосування сурогатного материнства, відсутній;

3. на практиці сторони можуть цілком захистити свої права шляхом укладення договору про сурогатне материнство;

4. на сьогоднішній день існують як юридичні, так і етичні проблемні аспекти застосування сурогатного материнства;

5. найпершим завданням для подолання юридичних проблем застосування сурогатного материнства є структурування законодавства щодо сурогатного материнства.

#### **Список використаних джерел**

1. Цивільний кодекс України // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15>

2. Сімейний кодекс України // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2947-14>

3. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

4. Закон України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини» // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/1007-14>

5. Наказ Міністерства юстиції України від 18 жовтня 2000 р., «Правила державної реєстрації актів цивільного стану України» // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0719-00>

6. Таланов Ю. Ю. Сурогатне материнство: морально-правові аспекти. *Збірник наукових праць Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. "Право"*. 2012. (19). С. 42–47.

7. Суррогатное материнство. *Комментарии ESHRE* // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.probirka.org/surrogatnieprogrammy/611-surrogprogreshre.html>. (12.07.2014).

Комплексне правове регулювання відносин, які виникають при застосуванні процедури сурогатного материнства в Україні, відсутнє. Лише окремі положення щодо цього правового явища передбачені в Цивільному кодексі України (далі – ЦК України), Сімейному кодексі України (далі – СК України), Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Законі України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини», Наказі Міністерства юстиції України від 18 жовтня 2000 р., «Правила державної реєстрації актів цивільного стану України».

У сукупності зазначені нормативно-правові акти регулюють як медичні, так і правові аспекти сурогатного материнства. Так, ст. 123 Сімейного кодексу України встановлює, що в разі перенесення в організм іншої жінки ембріона людини, зачатого подружжям у результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій, батьками дитини є подружжя.

У разі народження дитини жінкою, якій було імплантовано зародок, зачатий подружжям, реєстрація народження проводиться за заявою подружжя, яке дало згоду на імплантацію. У цьому разі одночасно з документом, що підтверджує факт народження дитини цією жінкою, подається засвідчена нотаріусом її письмова згода на запис подружжя батьками дитини. При цьому в графі «Для відміток» робиться відповідний запис: «Матір'ю дитини згідно з медичним свідоцтвом про народження форми № 103/о-95 (з0266-95) є громадянка (прізвище, ім'я, по батькові).»

Відповідно до ст. 139 Сімейного кодексу України оспорювання материнства жінкою, яка народила дитину, не допускається. Таким чином, дитина вважається такою, що походить від генетичних батьків, а сурогатна матір на законодавчому рівні повністю позбавлена прав на народжену нею дитину. Аналогічна норма має юридичну силу лише в деяких штатах США та в ПАР. Європейська практика має інший підхід: матір'ю дитини є жінка, що її народила. У тих небагатьох країнах, де сурогатне материнство дозволене (у Фінляндії, Великобританії, Греції, Російській Федерації), генетичні батьки можуть бути записані батьками дитини лише зі згоди сурогатної матері.

Сурогатне материнство є законним для України з 1992 року. В 1995 році в Харкові зареєстрований перший випадок застосування сурогатного материнства для всього пострадянського простору. Близько 4,3 млн. дітей, народжуються за допомогою сурогатного материнства в світі.

Законодавство України містить також спроби прийняття спеціального нормативно-правового акту в сфері регулювання відносин сурогатного материнства. Ця спроба пов'язана з проектом Закону України «Про допоміжне материнство» №8703 від 17.06.2011, що регламентував організаційно-правові питання, медичні аспекти, основні напрями державної політики та повноваження органів виконавчої влади у сфері

соціальні права від 19 грудня 1966 р.

«Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю» – таким твердженням починається ст. 3 Конституції України.

Держава відповідає перед людиною за свою діяльність. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави» (ст. 3). Ця стаття є базисною, фундаментальною, яка характеризує самі підвалини того суспільного і державного ладу, що закріплюється в Конституції.

Завершується ст. 3 Конституції положенням, де наголошено на тому, що «утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави». Це положення, як, до речі, й попередні, є принциповою новелою у вітчизняному конституціоналізмі. Тут потребують роз'яснення два поняття: «утвердження» і «забезпечення» (прав і свобод людини), які не є тотожними.

Забезпечення прав і свобод людини – це створення відповідних умов для здійснення прав і свобод людини, що має такі три телеологічні доміанти (цілеспрямовані напрями) державної діяльності: 1) сприяння реалізації прав і свобод людини (шляхом позитивного впливу на формування їх загальносоціальних гарантій); 2) охорона прав і свобод людини (шляхом вжиття заходів, зокрема юридичних, для запобігання правопорушенням); 3) захист прав і свобод людини (у разі їх порушення з боку будь-якого суб'єкта). Враховуючи викладене вище, можна дійти висновку, що такий напрям діяльності сучасної України, як утвердження і забезпечення прав і свобод людини, є головною функцією Української держави.

Варто зазначити, що положення ст. 3 Конституції України деталізуються в численних статтях її Розділу II «Права, свободи і обов'язки людини і громадянина», норми якого не можна розглядати поза зв'язком із принципом визнання людини, її прав і свобод як найвищої цінності, і, звичайно, не можна вносити в них зміни та доповнення, які суперечать цьому принципу. Слід зауважити, що за роки незалежності в нашій державі утворено досить задовільну законодавчу базу з прав людини і громадянина. Перш за все, як згадано вище, у цих прав є чіткі конституційні гарантії, а також було прийнято низку законодавчих актів, які безпосередньо стосуються цієї сфери [1].

В Україні прийнято демократичне законодавство у сфері прав і свобод людини, однак в умовах соціально-економічної і політичної кризи, падіння культури і моралі немає ефективних механізмів захисту цих прав, що призводить до їх масових і систематичних порушень, а іноді просто до неможливості їх реалізації. Для побудови в Україні демократичної правової держави суттєве значення має боротьба з правовим нігілізмом, з правовим інфантилізмом, феноменом переродження правосвідомості, який

проявляється, насамперед, у злочинності [2]. Всі ці форми деформації правосвідомості не сприяють становленню демократичної правової культури, зорієнтованої на цінності конституціоналізму. Особливе значення тут має викорінення організованої злочинності, корупції, які суттєво підривають віру громадян у право і закон, здатність влади навести у країні правопорядок.

Разом з тим, проблем у практичній реалізації прав особистості більш ніж достатньо. Як слушно зазначає український вчений Ю. Шемшученко, «громадянське суспільство стає базисом демократичної держави тільки тоді, коли його інтереси й інтереси держави не протиставляються. Демократична держава повинна знімати суперечності, які виникають між нею і суспільством. З іншого боку, у процесі діяльності політичних партій, громадських об'єднань, засобів масової інформації інтереси громадянського суспільства повинні трансформуватися в інтереси держави. У разі протиставлення інтересів держави і суспільства останнє може перетворитись на руйнівний і дестабілізуючий фактор» [3].

У зв'язку з тим, що держава не забезпечує достатньою мірою реалізацію прав і свобод громадян, зростає їхня недовіра до держави і посилюється відчуження від влади. Такий стан речей є причиною суспільної апатії, яка викликана байдужістю, безвідповідальністю відповідних владних структур, дискримінацією і дискредитацією демократичних цінностей у суспільстві, що неодноразово відмічали соціологи в процесі аналізу настроїв у суспільстві. На забезпечення прав людини негативно впливає також жорстке протистояння політичних сил, які підривають стабільність суспільства, стабільність конституційного ладу, а низький рівень правової культури посадових осіб і громадян, падіння моральних цінностей не є оптимальним фоном для забезпечення прав людини і громадянина.

Отже, нині реальний захист прав людини належить до найгостріших проблем української дійсності. Він є найважливішим завданням не тільки функціонування, а й існування української державності. Тому слід мати на увазі, що забезпечити дотримання прав людини в Україні можливо тільки за допомогою ефективного реформування системи влади та дотримання комплексного підходу до забезпечення прав людини як з боку держави, так і громадянського суспільства [4].

На мою думку, дуже важливим у діяльності відповідних міністерств, державних комітетів, відомств у профільній сфері є активізація їхньої роботи у справі інформування населення з прав людини, проведення наполегливої роботи задля того, щоб весь комплекс питань про сфери законодавчого забезпечення, практичної реалізації і захисту прав людини і громадянина ставав більш доступним для ознайомлення та вивчення всіма членами суспільства.

На основі здійсненого аналізу чинної в Україні системи гарантій прав

здоров'я у некурців вже існує правове забезпечення, оскільки Закон цілком відповідає сучасним потребам нашого суспільства, а практичний захист прав осіб без шкідливих звичок відтепер полягає лише в його постійній та послідовній реалізації в практиці.

#### Список використаних джерел

1. Факти. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://fakty.ua/320120-v-ssha-za-poltora-mesyaca-smertnost-srednikurilchikov-elektronnyh-sigaret-vyroslo-v-18-raz>
2. Закон України № 2899- IV, від 22.09.2005 р. «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.president.gov.ua/documents/2899-iv-3237>

#### Хміль Ірина Юрївна

старший викладач кафедри  
судової медицини та медичного права  
НМУ імені О.О. Богомольця

### ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ТА СУРОГАТНЕ МАТЕРИНСТВО В УКРАЇНІ

В Україні сурогатне материнство – відносно нова допоміжна репродуктивна технологія. Її суть полягає в тому, що сурогатна матір добровільно погоджується виносити чужу дитину, яка після народження буде передана своїм генетичним батькам. Ця репродуктивна технологія є складною не лише з медичного та етичного, але й з юридичного погляду.

Актуальність вивчення даної теми спонукали ряд підстав: збільшення кількості випадків застосування сурогатного материнства; відсутність в законодавстві до цього часу єдиного базового нормативно-правового акту, який об'єднував би всі положення законодавства щодо сурогатного материнства; відсутність чітко встановленого визначення в нормативно-правових актах; не відповідність теоретичної бази потребам практики.

Сурогатне материнство – це запліднення генетично сторонньої жінки (без використання її біологічного матеріалу), шляхом імплантації або трансплантації ембріона з використанням генетичного матеріалу чоловіка та жінки, які перебувають у шлюбі, з метою виношування і народження дитини, яка надалі буде визнана такою, що походить від подружжя, на підставі відповідного договору між подружжям та сурогатною матір'ю [6, с. 43].

За визначенням Європейського товариства репродукції людини (ESHG), сурогатне материнство – це комплекс методів, а сурогатна матір – це жінка, яка погоджується виносити і народити дитину для певної пари [7].

вживання. На відміну від попереднього закону, в новому було визначено, що є громадським місцем, було роз'яснено, які види залежності викликають ці вироби; були наведені відомості про замітники тютюну та інгредієнти тютюнових виробів, що є тютюновим виробом (ст. 1): сигарети з фільтром або без фільтру, цигарки, сигари, сигарили, а також люльковий, нюхальний, смоктальний, жувальний тютюн, махорка та інші вироби з тютюну чи його заміників для куріння, нюхання, смоктання чи жування [2].

В ст. 3 Закону сказано про те, що: «Основними завданнями цього Закону є: визначення правових і організаційних засад державної політики щодо попередження куріння тютюнових виробів серед дітей і молоді та зменшення вживання тютюнових виробів громадянами з метою зниження ризику розвитку захворювань, втрати працездатності та їхньої передчасної смертності внаслідок куріння тютюнових виробів чи інших способів їх вживання», «сприяння лікуванню залежності від вживання тютюнових виробів осіб, які бажають позбутися шкідливої звички курити тютюнові вироби чи іншим способом їх вживати, та пропаганді здорового способу життя; забезпечення захисту людини від шкідливого впливу тютюнового диму на робочих і в громадських місцях. Також, в п. 9 ч. 2 ст. 13 Закону №2899, заборонене паління кальянів у приміщеннях закладів ресторанного господарства.

Окрім того, було внесено доповнення щодо тексту основного медичного попередження споживачів тютюнових виробів «Куріння призводить до серцево-судинних захворювань та раку легенів» та текстів додаткових медичних попереджень, такого змісту: «Куріння під час вагітності шкодить вашій дитині»; «Тютюновий дим шкодить здоров'ю тих, хто вас оточує»; «Куріння викликає залежність, не починайте курити!»; «Куріння викликає імпотенцію»; «Захистіть дітей: не дозволяйте їм дихати вашим димом»; «Курці помирають рано». Тобто, було враховано потреби цих незахищених від наслідків паління, категорій громадян.

Також було заборонено фінансування, надання пільг за рахунок коштів Державного бюджету України та місцевих бюджетів виробнику тютюнових виробів та суб'єктам господарювання, що здійснюють їх реалізацію та визначено повноваження органів виконавчої влади для виконання статей цього

Закону і поетапність виконання положень Закону протягом тривалого часу.

Отже, недосконале дотримання статей цього Закону і сприяє порушенню прав осіб без шкідливих звичок. Отже, першочерговим завданням для забезпечення прав некурців є суворе дотримання положень Закону у повсякденній практиці.

Узагальнюючи вищевикладене, стає вочевидь, що для захисту прав

і свобод особи можна дійти висновку про практично необмежене коло засобів захисту прав і свобод людини і громадянина з боку держави та інституцій громадянського суспільства, однак існує проблема незадовільної гарантованості практичної реалізації охорони і захисту окремих прав та свобод особи.

Важливою причиною наявних проблем у галузі реалізації прав і свобод є те, що юридичні норми, які стосуються прав і свобод особи, об'єктивно не відповідають фактичним соціальним можливостям, які вони опосередковують.

Іншою, не менш важливою проблемою є вирішення й питання створення системи органів адміністративної юстиції для правового захисту місцевого самоврядування, прав і свобод людини і громадянина в сучасних умовах державотворення. Тільки розв'язавши ці проблеми, ми наблизимося до побудови правової держави, в якій права і свободи особи насправді є головним напрямом її функціонування.

Отже, в основу Конституції України закладено принципово нові правові парадигми зовнішньої і внутрішньої державної політики України, що спрямовані на утвердження й забезпечення прав і свобод людини та громадянина. А це об'єктивно потребує істотної переорієнтації та модифікації всієї національної правової системи.

#### Список використаних джерел

1. Удовенко Г. Забезпечення прав людини . *Голос України*. 2003.
2. Тодыка Ю. Н. Конституционные основы формирования правовой культуры. Х. : Райдер, 2001. С. 43.
3. Шемшученко Ю. Конституція України і права людини. *Право України*. 2001. 8. С. 13-16.
4. Рабінович П. М. Моральна шкода та право на її компенсацію: загальнотеоретичний підхід. *Право України*. 2002. 4. С. 29.

**Вавринюк Валерія Віталіївна**

студентка б218 групи

2 медичного факультету

НМУ імені О.О. Богомольця

**Науковий керівник:**

**Плетенецька Аліна Олександрівна**

кандидат медичних наук,

асистент кафедри судової медицини

та медичного права НМУ

імені О.О. Богомольця

### **СУДОВО-МЕДИЧНА ОЦІНКА ПРОВЕДЕННЯ ДОГОСПІТАЛЬНОЇ СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВОЇ ТА МОЗКОВОЇ РЕАНІМАЦІЇ**

За підрахунками експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я в Україні через лікарську недбалість щодня помирає 6-7 хворих і втричі більше стають інвалідами. Випадки неякісного лікування зустрічаються як на догоспітальному, так і на госпітальному етапі. Як показують дослідження, дефекти надання екстреної (швидкої медичної) допомоги (е(ш)МД) є доволі частими [1], оскільки, як правило, виникають у випадках ургентних станів. Нерідко випадки настання негативного наслідку для пацієнта стають приводом для відкриття кримінальних проваджень у відношенні медичного персоналу, а судово-медична експертиза розцінює у подальшому правильність надання медичної допомоги. На сьогодні, як вказують науковці [2] медики швидкої в основному якісно обізнані з сучасними методиками проведення реанімаційних заходів згідно з новітніми рекомендаціями і негайно приступають до серцево-легеневої та мозкової реанімації (слМр). Рішення про припинення виконання реанімаційних заходів приймає керівник бригади е(ш)МД, але після консультації з іншими членами бригади. Остаточне рішення базується на клінічній оцінці відсутності ефективної відповіді пацієнта на спеціалізовані реанімаційні заходи. Вони розпочинаються та проводяться до того часу, поки не з'явиться протипоказання до реанімації або стане очевидним, що ці заходи можуть бути даремними за наявності у постраждалих смертельних травм, зокрема таких, як декапітації, розчленування тулуба, хронічних невиліковних хвороб, а також групних явищ.

Як вказано у спеціалізованій медичній літературі [2], лікар за відсутності "завчасного розпорядження" повинен негайно приступити до проведення серцево-легеневої та мозкової реанімації, виконуючи основні положення протоколу в пацієнтів із раптовою зупинкою серця або іншими невідкладними станами. Персонал не повинен утримуватися від проведення реанімації внаслідок віку пацієнта, вартості лікування та догляду, наявності у хворого розумової або фізичної неповноцінності або

право на свій вибір, до тих пір, доки ним не порушує права інших осіб. Однак, якщо некурці нічим не заважають курцям, то палії – навпаки, й не тільки заважають, а й загрожують здоров'ю інших.

Попри те, що в багатьох країнах існують закони, направлені на захист прав некурців, чимала кількість курців їх порушує. Однак, всюди, права некурців захищаються на державному рівні.

Наприклад, паління в громадських місцях заборонене майже у всіх країнах ЄС. Штраф за порушення складає від 50 до 200 євро. В ОАЄ прийнятий федеральний закон про боротьбу з тютюнопалінням, за яким штраф за паління в громадському місці складає до 270 тис. доларів або ув'язнення до 2-х років [1].

В нашій країні також, за законом, заборонене паління в під'їздах житлових будинків, закладах охорони здоров'я та освіти, на дитячих та спортивних майданчиках, у підземних переходах, на зупинках громадського транспорту, також заборонена продаж цигарок особам, що не досягнули 18 років. Однак, останнє існує лише у супермаркетах, в МАФах до цього не дотримуються.

В 2011 р. волонтери здійснювали моніторинг тютюнопаління в кафе та ресторанах Києва, в результаті виявилось, що зі 100 закладів, де було дозволено палити, в 10 % не було взагалі відведено місць для некурців. За словами головного лікаря Київського міського центру здоров'я О. Стойка, концентрація токсичних та канцерогенних речовин у закладі, де курять хоча б кілька людей, перевищує в десятки або, навіть, в сотні разів концентрацію шкідливих речовин біля автостради чи хімічного заводу.

За даними парламентських слухань «Молодь за здоровий спосіб життя», в Україні палять 45% юнаків і 35% дівчат, 68% хлопців і 64% дівчат вживають алкоголь, 13% молоді вживають "легкі наркотики". Зростає хворе покоління українців, оскільки люди зі шкідливими звичками нехтують правами інших громадян, наприклад, батьки палять в присутності дітей; попри офіційну заборону куріння в громадських місцях, більшість курців палять на зупинках транспорту з огляду на практичну відсутність штрафів, постійно відбувається паління в під'їздах будинків тощо.

Окрім того, завдяки рекламі альтернативних методів паління та вживання тютюну, як «малотоксичних» чи «нетоксичних», більшість молоді залучилась до вейпінгу та активно залучається до жування «насаю» – тютюновий виріб для не паління, який складається з тютюну, луги та рослинні олії й спеції.

Використання електронних цигарок набирає обертів через незнання про їх небезпеку для здоров'я.

Однак, ще у 2005 р. Президентом України був прийнятий Закон №2899-IV, де були визначені основні напрямки державної політики щодо попередження куріння тютюнових виробів та іншим способом їх

### Список використаних джерел

1. Факти. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://fakty.ua/320120-v-ssha-za-poltora-mesyaca-smertnost-sredi-kurilcshikov-elektronnyh-sigaret-vyroslo-v-18-gaz>
2. Здорове життя. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://24tv.ua/health/zdorove\\_zhittya\\_tag5270/](https://24tv.ua/health/zdorove_zhittya_tag5270/)
3. Найдена причина смерти от електронных сигарет и вейпа. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://news.liga.net/health/news/naydena-prichina-smerti-ot-elektronnyh-sigaret-i-veypa---uchenye>
4. У Києві в роті підлітка вибухнула електронна цигарка. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://tsn.ua/kyiv/u-kiyevi-v-roti-pidlitka-vibuhnula-elektronna-cigarka-808280.html>
5. У США електронна сигарета вибухнула просто в роті підлітка. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://tsn.ua/tsikavinki/u-ssha-elektronna-sigareta-vibuhnula-prosto-u-roti-pidlitka-1365879.html>
6. Анна Джеджула. Электронная сигарета убила американца, взорвавшись у него во рту. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://fakty.ua/295124-elektronnaya-sigareta-ubila-amerikanca-vzorvavshis-u-nego-vo-rtu>
7. В Києві в автомобілі у чоловіка вибухнув вейп. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.rbc.ua/rus/stylar/kyive-avtomobile-muzhchiny-vzorvalsya-veyp-1567017286.html>

#### Федорова Сніжана Василівна

студентка 2 групи 3 курсу  
юридичного факультету  
ПВНЗ «Фінансово-правовий  
коледж»

#### Науковий керівник:

#### Федорова Олена Анатоліївна

кандидат медичних наук, асистент  
кафедри судової медицини та  
медичного права НМУ імені  
О.О. Богомольця

### РЕАЛІЗАЦІЯ ПРАВА НА ЗАХИСТ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ У НЕКУРЦІВ

Відповідно до ст. 3 Конституції України, кожен громадянин має право на захист власних прав щодо життя та здоров'я.

Однак, попри все державне піклування про захист прав пересічних громадян, деяка категорія населення, хоча й в більшості, досі залишається не достатньо захищеною. Мова йде про некурців. Кожна людина має

огляду на особливі обставини події.

Припинення реанімаційних заходів можливе на наявності певних умов, серед яких деякими авторами [3, 4] зазначається і відмова пацієнта (документ) від слМр. Це також зазначено у Новому клінічному протоколі № 1269 «Екстрена медична допомога: догоспітальний етап», затвердженому МОЗ 06.06.2019.

Слід зазначити, що в деяких країнах світу є широко поширеними процедури DNR. Як правило, у країнах, що не дозволяють оформлення документів DNR, рішення щодо припинення реанімаційних процедур проводиться виключно лікарями. DNR – Do not resuscitate (не реанімувати), або по code (немає коду) – правовий порядок складаний або в лікарні або в спеціальній правовій формі щодо утримування від серцево-легеневої реанімації (СЛР) або розширеної підтримки серцевої діяльності відносно до побажань пацієнта в разі зупинки серця або дихання. Сигнал «немає коду» може застосовуватися у лікарнях, що практикують системи кодів для оголошення попереджень реанімаційних команд. Запит щодо впровадження процедури DNR зазвичай складається пацієнтом або може бути частиною медичної довіреності та дозволяє медичним групам, що здійснюють догляд за пацієнтами, поважати їх бажання. Процедура DNR не впливає на застосування будь-яких видів лікування окрім тих, що потребують інтубації або серцево-легеневої реанімації. Пацієнти, що склали запит щодо DNR, можуть продовжувати отримувати лікування з хіміотерапією, антибіотиками, діалізом та будь-яке інше потрібне лікування з відповідними процедурами.

Втім, питання відмови пацієнта від реанімаційних ходів в Україні є вкрай дискусійним. Слід зазначити, що дана процедура викликає певні сумніви в аспекті її правого обґрунтування, а у ході проведення судово-медичної експертизи може бути розцінена як ненадання медичної допомоги пацієнту і тягнути за собою кримінальну відповідальність медичного персоналу.

### Список використаних джерел

1. Плетенецька А. О. Питання якості надання медичної допомоги та її юридичної оцінки в Україні (за даними комісійних судово-медичних експертиз). *International scientific and practical conference devoted to the celebration of 5th anniversary of Visegrad Journal on Human Rights «Development of legal science: choice mechanisms and priorities implementation»*. Словаччина: 2019. с. 202-205
2. Усенко Л. В., Мальцева Л. А., Царьов А. В. *Медицина невідкладних станів*. Серцево-легенева і церебральна реанімація : нові рекомендації Європейської ради з реанімації 2005р. і невирішені проблеми реаніматології на Україні. Тернопіль : 2006. С 86 -89.
3. Усенко Л. В., Царьов А. В. *Серцево-легенева і церебральна*

реанімація : *практ. посіб.* – 2-ге вид., *випр. і допов.* Дніпропетровськ: 2008. 420 с.

4. Швед М. І., Гудима А. А., Геряк С. М. *Екстрена та невідкладна медична допомога.* – 2-ге вид. Тернопіль : 2016. 448 с.

**Вавшкевич Анастасія Михайлівна**

студентка 5308 групи

ІІ медичний факультет

НМУ імені О.О.Богомольця

**Науковий керівник:**

**Варуха Катерина Володимирівна**

кандидат медичних наук,

асистент кафедри судової

медицини та медичного права

НМУ імені О.О.Богомольця

**ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ЗА ДАНИМИ КИЇВСЬКОГО МІСЬКОГО КЛІНІЧНОГО БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ**

**Вступ:** Останні роки запальні захворювання дихальних шляхів набули значного поширення. З 2004 по 2018 р. найбільше помирало хворих від пневмоній, плевритів, плевропневмоній і туберкульозу. З них більшу частину становили чоловіки. Причинами цих захворювань є: інфекції, фізичні й хімічні чинники, шкідливі звички (зокрема куріння), алергія на домішки повітря, пилок рослин, пил (бронхіальна астма), авітаміноз, білкове та вуглеводне голодування; переохолодження організму.

Причина смерті – це ускладнення, які виникають внаслідок захворювання дихальних шляхів.

**Мета роботи:** Статистично встановити кількість запальних захворювань дихальних шляхів та оцінити кількість померлих, як серед чоловіків так і серед жінок.

**Матеріали і методи:** Всі дані взято з архіву Київського міського клінічного бюро судово-медичної експертизи з 2004 по 2018 р.р. Проведено статистичний аналіз померлих від запальних процесів. Було досліджено 2800 висновків експерта, з яких найбільшу кількість становили пневмонії, плеврити, плевропневмонії і туберкульоз.

За даними з 2004 по 2018р.р. від пневмонії померло 2181 хворих, з них 75% складають чоловіки. Найбільше смертей спостерігається в 2005 році ( 62 жінки і 178 чоловіків). Найменше в 2017 ( 20 жінок і 65 чоловіків), що показано на рис. 1

блювота, діарея. Іноді симптомами хвороби є хімічні опіки дихальних шляхів, часто розвивається гостра еозинофільна пневмонія [2, 3]. Американська медична асоціація (АМА) стверджує, що в США встановлено 2551 випадок захворювань легень та 450 випадків легеневих розладів внаслідок вейпінгу [4]. У Великобританії зафіксовано близько 200 випадків EVALI. Один з летальних випадків лікарі пов'язують з розвитком у вейпера ліпоїдної пневмонії через вдихання ароматичної олії та есенцій для вейпу. За словами лікарів, в легенях вейперів утворюється речовина, схожа на бетон, яких «цементує» тканину легень. Медичні асоціації цих країн після оприлюднення даної інформації одразу закликали громадськість заборонити вживання електронних цигарок у дитячих та молодіжних колективах, ухвалили екстрену зупинку продажу ароматизованих препаратів для вейпінгу, включаючи м'яту та ментол. Крім того, США вклали близько 20 млн. доларів у термінову широкомасштабну рекламу проти вейпінгу.

Але, існує ще й: 2. травматична небезпека вейпінгу, оскільки, частина вейперів вже постраждала через вибухи, що спричиняють іноді ці електронні прилади [5-7].

Отже, безпеку для здоров'я від вейпінгу складає дія багатьох факторів:

Збільшується час вдихання пару через кількість споживань й дозування різноманітних ароматичних олій, есенцій та розчинників нікотину, що потрапляють до організму, токсична дія яких на організм ще недостатньо чи взагалі не вивчена.

Внаслідок цього, швидко формується розвиток патоморфологічних змін в організмі, пов'язаних з вейпінгом.

Може виникати травмування внаслідок вибуху електронних пристроїв, навіть, до летального кінця.

Висновки. З огляду на оприлюднену статистику щодо альтернативного способу паління – вейпінгу, слід зазначити, що, незважаючи на те, що нікотин в електронних сигаретах використовується у зменшеній кількості, через використання ароматичних олій та технічних розчинників, у вейперів вже через кілька місяців (дивлячись від тривалості та систематичності паління) розвиваються легеневі розлади або пневмонії, які викликають незворотні зміни в структурі легень. Через недосконалість пристроїв для вейпінгу, частішають випадки травмування та опіків ротової порожнини, дихальних шляхів та обличчя, іноді – зі смертельним виходом.

Тому, вважаємо, що враховуючи вищевикладене, слід терміново, на державному рівні ініціювати методи профілактики вейпінгу, включаючи заборону реклами електронних цигарок у ЗМІ, освітні заходи у дитячих та підліткових колективах тощо.



**Федорова Олена Анатоліївна,**  
кандидат медичних наук,  
асистент кафедри судової медицини  
та медичного права  
НМУ імені О.О. Богомольця

**СУДОВО-МЕДИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НЕБЕЗПЕКИ  
АЛЬТЕРНАТИВНИХ СПОСОБІВ ПАЛІННЯ. НЕОБХІДНІСТЬ  
РОЗРОБКИ ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ВЕЙПІНГУ**

Актуальність. Про небезпеку паління тютюнових виробів знають всі, навіть, самі курці. Тому, з появою на ринку альтернативних форм паління – електронних цигарок, курці піднесли духом, оскільки реклама стверджувала, що вони не є шкідливими для здоров'я.

Через те, що це був новий продукт на ринку, на час виникнення вейпінгу була взагалі відсутня будь-яка статистика про результати споживання цього продукту протягом тривалого проміжку часу. І от, наразі, наприкінці серпня 2019 р. світ вейперів сколихнула тривожна новина про те, що в США була зафіксована смерть від паління вейпу [1]. А станом на 4 листопада 2019 зафіксовано вже 24 смерті, пов'язані з вейпінгом. Окрім того, виявилось, що вже є й інша негативна статистика результатів вейпінгу. Оскільки відомості про небезпеку для здоров'я у вейперів весь час збільшується, прогнозовано, що кількість випадків захворювань та летальних виходів зростатиме, тому обрана тема є актуальною з точки зору судової медицини.

Результати. Що ж являє собою ця альтернатива звичайному палінню? Електронна цигарка являє собою прилад з батарейним живленням, який розігріває рідкий нікотин (розчин) та утворює аерозоль або пар, який вдихає курець. Продукт був розроблений у 2003 р., а вже в 2006 р. надійшов для продажу у США, а з 2007 р. був доступний в Україні.

Через рекламу «малої небезпеки» та своєрідну «моду», кількість вейперів стрімко зростає, у Великобританії в 2018 р. вейпінгом захопилось 3,6 млн. школярів, що на 1,5 млн. більше, ніж у 2017 р. В Україні також зростає споживання цього альтернативного виду паління.

Відмінність вейпінгу від паління звичайних цигарок складають факти того, що: 1) у вейпінгу використовуються «слабкі» – 6-8 % розчини нікотину; 2) в розчин додаються технічні розріджувачі й ароматичні олії; 3) паління триває не кілька хвилин, як при курінні традиційних цигарок, а від кількох до тридцяти хвилин кілька разів на день. Всі зазначені обставини мають свій негативний вплив на організм.

Відповідно до світової статистики, оприлюдненої лікарями США та Великобританії – найбільших споживачів вейпу, у вейперів розвивається: 1. інгаляційна небезпека - вейп-хвороба, яку назвали EVALI. Симптомами хвороби є: ускладнене дихання, задишка, біль у грудях, лихоманка,

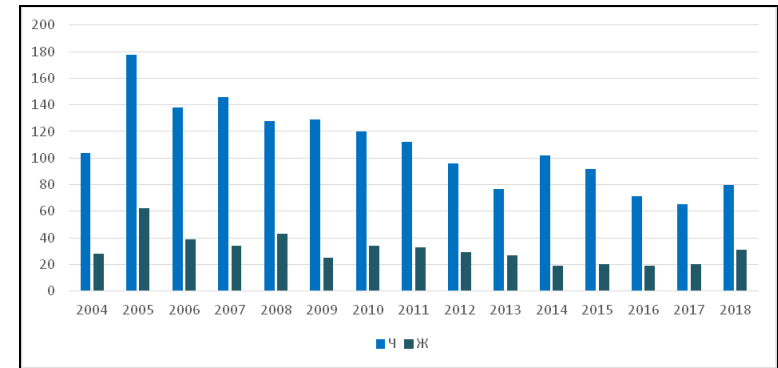


Рис. 1. Динаміка смертності від пневмонії у 2004-2018рр.

Згідно даних архіву Київського міського клінічного бюро судово-медичної експертизи з 2004 по 2018 р.р з діагнозом. «Плеврит» нараховано 49 хворих, з яких 69% це чоловіки. Найбільше померло в 2007 році – 8 пацієнтів, з них чоловіків і жінок у співвідношенні 7:1\*, що показано на рис. 2

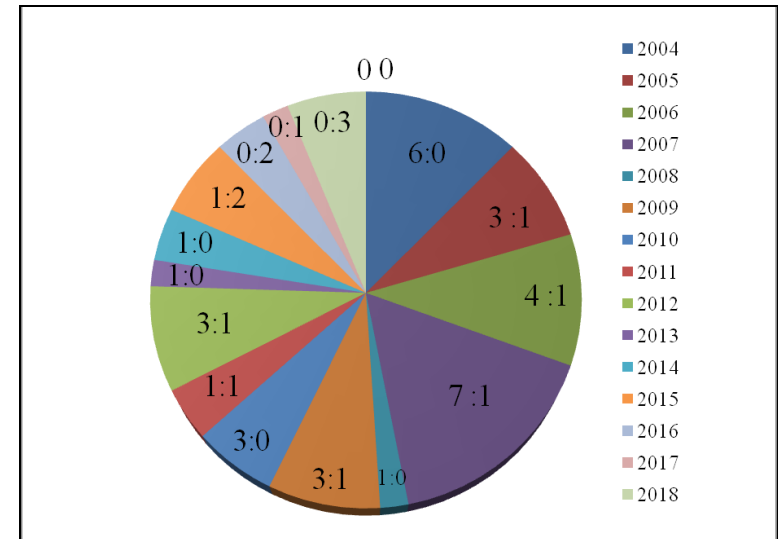


Рис. 2. Динаміка смертності від плевриту у 2004-2018рр.

Згідно даних архіву від плевровневмонії померло 91 людина, з яких 21,6% становлять жінки. У 2004 році кількість хворих становила максимальне значення – 59 пацієнтів. З них 41 чоловіки, що видно на рис. 3.

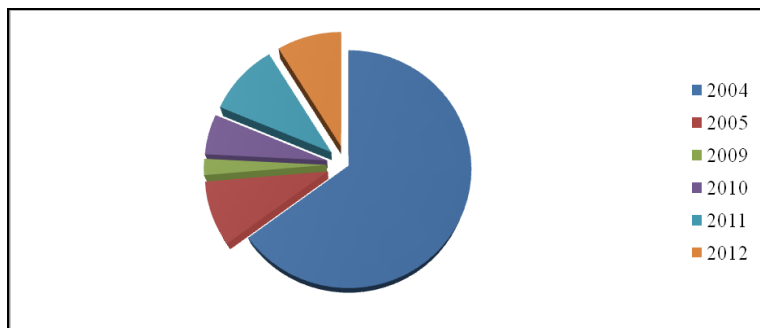


Рис. 3. Динаміка смертності від плевропневмонії у 2004-2018рр.

Друге місце за кількістю померлих становить туберкульоз. За останні 14 років померло 455 пацієнтів з таким діагнозом. З них 83,7% становлять чоловіки. На графіку видно, що найбільше померло пацієнтів в 2010 році.

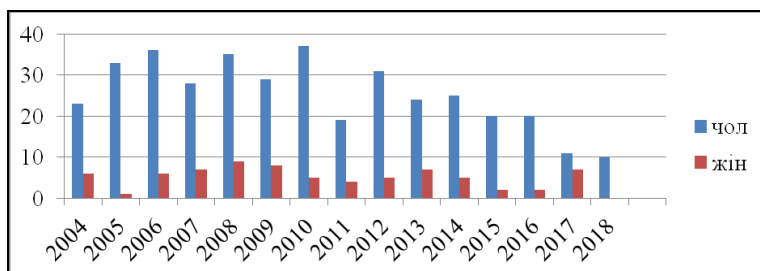


Рис. 4. Динаміка смертності від туберкульозу у 2004-2018рр.

За останні 14 років з діагнозом «Бронхіальна астма» померло 5 пацієнтів, і з них 100% становлять чоловіки, що показано на рис. 5

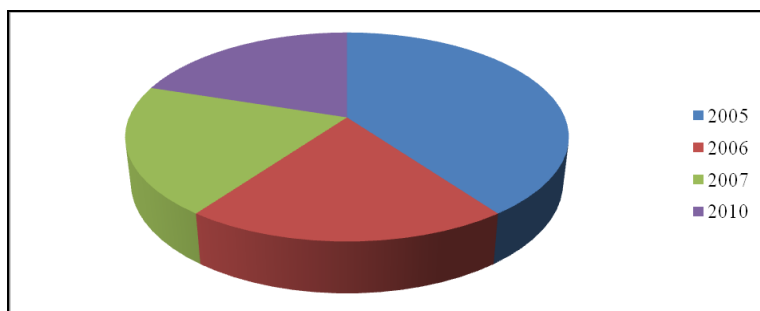


Рис. 5. Динаміка смертності від бронхіальної астми у 2004-2018рр.

звичайному фотографуванні.

Контактно-дифузійний метод (чи метод кольорових відбитків) широко впроваджений в практику. Він дозволяє визначити наявність частинок металу навколо входних отворів на шкірі і одягу. Метод простий і його виконання не вимагає складної дорогої апаратури, а тому може бути застосований в умовах будь-якої фізико-технічної лабораторії.

При експертизі вогнепальних ушкоджень ретельне дослідження одягу є обов'язковим, так як питання про характер кульових отворів, про дистанцію пострілу і інші не можуть бути вирішені без його вивчення. При пострілі впритул і з близької відстані одяг приймає на себе значну частину додаткових факторів пострілу, затримує їх на своїй поверхні. При наявності товстих шарів одягу додаткові фактори повністю можуть затримуватися і тоді входний отвір не має ознак близької відстані.

Якщо поранений вмирає у лікарні і направляється на судово-медичне дослідження, експерт повинен запросити одяг для дослідження, так як питання про дистанцію пострілу без його дослідження не може бути вирішене. Нерідко одне лише вивчення одягу допомагає визначити дистанцію пострілу.

Дотримання всіх вище запропонованих методів сприяє усуненню експертних помилок при проведенні судово-медичних експертиз та відповідно підвищенню їх якості та достовірності.

#### Список використаних джерел

1. Біленчук П. Д., Кофанов А. В., Сулява О. Ф. *Балістика: криміналістичне вогнестрільне зброєзнавство*. Підручник. К.: 2003. 384 с.
2. Филиппов В. В. Условия выстрела и следы на пулях. Криминалистическое значение условий выстрела при идентификации оружия по пулям. *Пособие для экспертов-криминалистов*. М.: 1961. 48 с.
3. Шахтарина Н. И. Обобщение экспертной практики как форма научных исследований в области судебной экспертизы. *Экспертная практика и новые методы исследования*. Москва: 1979. С. 1-16.
4. Михайленко О. В. Возможность восстановления положения дульного зрізу відносно поверхні шкіри з використанням рентген-флуоресцентного спектрального аналізу за розподілом металів. *Biomedical and biosocial anthropology*. № 29. Киев: 2017. С. 219-223.

надзвичайно важливу роль для вирішення широкого кола задач ідентифікаційного характеру, пов'язаних з дослідженням вогнепальної зброї та боєприпасів, слідів пострілу в самій зброї, на ураженій перешкоді і на стрільці. Проте завдання судово-медичних експертів полягає в тому, що вони досліджують вплив вогнепальних пошкоджень на тіло людини з ушкодженням тканин, органів та систем організму, а також залишають сліди на одязі, що є важливим речовим доказом і допомога правоохоронним органам у вирішенні багатьох питань [1, 2, 3].

Всі особливості вогнепальних ушкоджень на тілі і одязі, перш за все, ретельно оглядаються візуально, а також за допомогою безпосередньої мікроскопії. Звертаючи увагу на точну локалізацію (із обов'язковим вимірюванням від підошовних поверхонь) форму, розміри, дефект “мінус-тканина”, характер країв, наявність чи відсутність слідів додаткових факторів пострілу. Але не завжди ці дослідження дозволяють вирішити питання, які стоять перед експертизою. Велике значення мають і додаткові методи дослідження: гістологічний, хімічний, рентгенографічний, контактний-дифузійний, спектрографічний фотографічний та інші.

Гістологічним дослідженням добре виявляється пошук здирання і забруднення, сліди кіптяви, порошинок, наявність чужорідних частинок в рановому каналі, тобто цей метод розширює можливості судово-медичної діагностики при вирішенні питання про дистанцію і напрям пострілу, про характер вхідного і вихідного отворів.

Хімічне дослідження застосовується для виявлення кіптяви, порошинок, частинок металів. Велике поширення отримала проба з дифеніламіном і сірчаною кислотою, яка може бути застосована в будь-яких умовах.

Рентгенографічний метод дозволяє виявити кіптяву і порошинки, що особливо важливо при дослідженні гнійно-зміненних трупів. Рентгенографічно можна отримати зображення і ранового каналу.

Спектрографічний метод дає можливість установити хімічну структуру металів, які входять до складу обідка забруднення чи навколо вхідного отвору. В процесі дослідження об'єкт спалюється в полум'ї вольтової дуги і спектр фотографується. Отримані спектрограми піддаються аналізу. Метали якісно і кількісно визначаються в дуже незначній кількості. Рентгенспектрографічний метод використовується лише в одиничних бюро судово-медичної експертизи України (наприклад, у Київському міському клінічному бюро), так як не всі лабораторії мають відповідну апаратуру [4]. Слід зазначити, що цей метод повністю руйнує об'єкт дослідження, проте дає дуже показові результати щодо спектрального складу всіх елементів таблиці Менделєєва.

Фотографування в інфрачервоних променях (за допомогою електронно-оптичного перетворювача) дозволяє виявити кіптяву на темних тканинах, яку не видно візуально і яка не виявляється при

В останні роки ми спостерігаємо зниження кількості померлих в останні роки, що свідчить про вчасне виявлення даних захворювань і покращення їх лікування, що видно на рис. 6.



Рис. 6. Динаміка зниження смертності від запальних захворювань дихальних шляхів у 2004-2018рр.

**Висновки:** 3 11 досліджених захворювань найбільшу кількість становлять пневмонії, а саме 77,8%. На другому місці туберкульоз – 16,25%, далі ідуть плевропневмонії – 3,25% та плеврити – 1,75%. Та 0,95% - інші захворювання. Більше 69% всіх померлих становлять чоловіки. Це свідчить про значну небезпеку таких захворювань, як пневмонії та плеврити і їхнє масове поширення серед чоловіків. Щоб уникнути частих смертей варто більшу увагу приділяти первинній діагностиці запальних захворювань дихальних шляхів.

Щоб уникнути частих смертей варто більшу увагу приділяти первинній діагностиці запальних захворювань дихальних шляхів.

#### Список використаних джерел

1. Використано архівні матеріали Київського міського клінічного бюро судово-медичної експертизи.

**Войткова Вікторія Віталіївна**  
лікар-інтерн кафедри судової медицини  
НМАПО імені П.Л.Шупика

**Самойлов Дмитро Вікторович,**  
лікар судово-медичний експерт,  
завідуючий відділення судово-медичної  
експертизи Донецького обласного  
бюро судово-медичної експертизи

**Науковий керівник:**  
**Плетенецька Аліна Олександрівна,**  
кандидат медичних наук,  
асистент кафедри судової медицини  
та медичного права  
Національного медичного  
університету імені О.О. Богомольця

### СУДОВО-МЕДИЧНА ОЦІНКА ЕЛЕКТРОТРАВМИ: ВИПАДОК З ПРАКТИКИ

Смертність у світі від електричного струму складає доволі великий відсоток від загальної смертності, не виключенням є і наша країна. З усіх виявлених причин смертності 0,7% припадає на причини, пов'язані з ураженням електричним струмом. Це значний відсоток, якщо перевести його у реальну кількість загиблих людей. А це – понад 2 тисячі людей щороку. Серед постраждалих лише 2% – жінки. А середній вік загиблих коливається у межах 30-40 років. [3, 1].

Особливою забавкою сьогоденної молоді є екстрим – фото на даху залізниці. Так прес-центр Укрзалізниці повідомляє: "Електротравми на об'єктах залізничного транспорту... стають частими причинами загибелі людей та значних опіків тіла. У гонитві за екстримом через ураження електричним струмом: станом на 21 липня 2017 року через нехтування правилами безпеки на залізничному транспорті електротравми отримали 25 громадян, із них 8 – зі смертельними наслідками; у 2018 році травмовано 26 сторонніх осіб, із них 11 смертельно. Зокрема, електротравм зазнали 10 дітей віком до 16 років, з яких 4 зі смертельними наслідками", – йдеться у повідомленні. З початком цього ж року на залізниці загинуло 15 екстрималів [1, 2].

Встановлення причини смерті для судово-медичних експертів не складає особливих труднощів, адже мають характерні особливості для даного виду смерті, наприклад розриви одягу з накладанням вугільного пилу, розташування тіла в безпосередній близькості з електричним предметом тощо. Та найхарактернішою ознакою, що не залишає сумнівів в причині смерті, – є наявність електромітки... Прикладом цього може послужити експертний випадок смертельного ураження технічною

розглядати в рамках соціальних, медичних та суб'єктних досліджень. Найбільш точні висновки про рід смерті можна зробити лише після проведення дослідження психічної історії, токсикологічної експертизи та огляду місця події. Втім, в Україні розслідування таких випадків можливо тільки за умови тісної співпраці слідчо-судових органів та судово-медичних експертів. Детальний опис місця подій, судово-медична експертиза трупа разом із заходами, проведеними правоохоронними органами, дають можливість встановити рід смерті та підвищити рівень розкриття злочинів.

#### Список використаних джерел

1. Бабкіна О. П., Герасименко О. І., Казімірко Н. К., Шевченко Л. А. *Встановлення давності настання ушкоджень органів черевної порожнини та позачеревинного простору у травмованих та загиблих осіб внаслідок сполученої травми.* Монографія. Луганськ: 2013. 152 с.
2. Соседко Ю. И., Колкутин В. В., Федулова М. В., Бурмистрова Н. В., Русакова Т. И. *Судебно-медицинская экспертиза поврежденной селезенки при травме тупыми твердыми предметами.* Монографія. Москва: 2010. 128 с.
3. Кулвер, Конолли. *Падение с высоты.* США: 1994. Відновлення з <http://base.safework.ru/iloenc?navigator&spack=110LogLength%3D0%26LogNumDoc%3D857000239%26listid%3D01000000100%26listpos%3D14%26lsz%3D17%26nd%3D857000239%26nh%3D1%26>
4. PbMed The injury pattern in fatal suicidal falls from a height: an examination of 307 cases. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25194643>

**Федорівський Михайло Сергійович**  
лікар-інтерн кафедри судової  
медицини НМАПО імені П.Л. Шупика  
**Науковий керівник:**

**Плетенецька Аліна Олександрівна**  
кандидат медичних наук,  
асистент кафедри судової медицини  
та медичного права  
Національного медичного  
університету імені О.О. Богомольця

### МЕТОДИ ТА ВИДИ ДОСЛІДЖЕНЬ ВОГНЕПАЛЬНИХ УШКОДЖЕНЬ У СУДОВІЙ МЕДИЦИНІ. ВОГНЕПАЛЬНІ ПОШКОДЖЕННЯ ОДЯГУ

Судова балістика виникла і розвивалася як галузь криміналістичної техніки, що вивчає закономірності пострілу та дії зброї, і на основі цього розробляє науково-технічні методи і засоби виявлення та фіксації, а також явищ, що супроводжують постріл. Трасологічні дослідження відіграють

механізмами, що призводять до ушкоджень селезінки, є удари з вираженим загальним струсом тіла або локальні удари в проекції розташування органу.

Зріст людини має велике значення для можливості ушкодження лицьового черепа (включаючи щелепу), легенів, серця, грудної аорти, діафрагми, печінки, шийного відділу хребта, крижово-клубових суглобів, лобкового симфізу, правої руки та лівої ноги. У криміналістичній літературі існують значні відмінності у зміні структурі ушкоджень залежно від віку та зросту постраждалих, однак, загалом, вбачається дуже низька поширеність травм шиї та дуже висока поширеність переломів грудної клітки.

Тяжкість тілесних ушкоджень, викликаних падінням, в основному пов'язана з висотою падіння. Але це вірно лише частково: енергія вільного падіння є помноженням падаючої маси на висоту падіння, і тяжкість тілесних ушкоджень прямо пропорційна енергії, що передається під час удару. Статистика нещасних випадків підтверджує цей зв'язок, але також показує, що падіння з висоти менше 3 метрів може закінчитися смертельним результатом. Докладне дослідження смертей при падіннях на будівництві показує, що 10% смертей припадає на падіння з висоти менше 3 метрів [3].

Під час виявлення тіла часто незрозуміло, чи є спосіб смерті нещасний випадок, самогубство або вбивство. Хоча питання це відноситься до компетенції слідчо-судових органів, науковцями судово-медичними експертами було проведено дослідження [4]. Так для оцінки картини травми в фатальному падінні з висоти з урахуванням особливих критеріїв, які можуть бути корисними у диференціації між нещасними випадками, самогубствами та вбивствами, відповідно, було розглянуто 68 випадків розтинів (22 жінки, 46 чоловіків, віковий діапазон 13-89 років) з летальним падіннями з висоти, демографічні дані, знахідки на місці смерті, результати післясмертного обстеження, історії психіатрії та токсикологічні результати. Серед 68 випадків було 34 самогубства, 23 нещасні випадки та 11 незатверджених випадків, у 3 з яких була підозра на вбивство. Загалом, самогубства були з більшої висоти, ніж нещасні випадки (середня висота – 22,7 м для самогубств та 10,8 м при нещасних випадках, відповідно; 79% самогубств з понад 16 м). Важкі травми голови переважно мали місце при падінні з висоти нижче 10 м (84%) і вище 25 м (90%), тоді як у групі загинувших через падіння від 10 до 25 м, ці пошкодження спостерігалися рідше (28%). Травми шиї, м'язові кровотечі та переломи під'язикової кістки були виявлені в 33% падін з понад 10 м і не траплялися при падіння за висоти менше 10 м. Отримані дані підкреслили, що оцінка окремих особливостей травм не є достатньою для оцінки роду смерті у летальних випадках при падінні з висоти.

Отже, як вказують зарубіжні науковці, післясмертні результати слід

електрикою. При цьому експерт описав «...на коже внутренней поверхности левого предплечья в средней и нижней трети – по одному глубокому дефекту кожи, подлежащей жировой клетчатке и поверхностного слоя мышц, имеющему овальную форму размерами 6,5×4,5 см и 7,0×4,5 см, соответственно, располагающиеся на расстоянии 118 см и 122 см от подошвенной поверхности левой стопы. Данные дефекты мягких тканей имеют обрывистые неровные стенки и плотное дно черного цвета, обильно покрытое копотью, представленное сухими крошащимися подлежащими сухожилиями и мышцами, а вокруг приподнятый и отслоенный, вспученный серовато-белесоватый эпидермис, покрытый черной копотью и блестящими сероватыми частичками...», а також: «...на коже передне-внутренней поверхности левого бедра в средней трети имеются два измененных участка овальной формы, расположенные вертикально, на расстоянии 70,0 см и 74,0 см от подошвенной поверхности левой стопы, размерами 3,5×2,5 см и 2,2×1,5 см, представленные приподнятым серовато-белесоватым эпидермисом с формированием безжидкостных пузырей, местами вскрытых, с западающим темно-красным и буроватым дном, но с отсутствием копоти.» Вищенаведені описи є типовими електромітками в ділянках входу та виходу електричного струму.

Відомі випадки й коли електромітку можна і не виділити на тілі потерпілого, адже даний вид травми веде за собою розуміння того, що більший відсоток поверхні тіла зазнає опіків, та ушкоджень. У таких випадках направлення на судово-медичну гістологію ділянок тканин з найбільш схожими ознаками допомагає встановити наявність мітки (пустоти (соты Шриdde, возникают преимущественно в областях имеющих большую толщину) рогового слоя эпидермиса), або ж зпростувати його [4, 5]. Результати судово-гістологічного дослідження шматочків шкіри зі вказаними ушкодженнями та внутрішніх органів показав: «... при микроскопическом исследовании ... типичные электрометки в коже правой кисти, левого предплечья и левого бедра, острое венозное полнокровие внутренних органов, отек и острые гемодинамические расстройства в легких и головном мозге с наличием множественных диapedезных и мелкоочаговых кровоизлияний, очаги контрактурных поврежденных кардиомиоцитов, делипидизация клеток коры надпочечников, дистрофические изменения в органах...»

Таким чином, причиною смерті гр. М. стала раптова зупинка серця (фібриляція шлуночків з наступною асистолією), що розвинулася в результаті ураження технічним струмом, що підтверджується виявленням при дослідженні його трупа і мікроскопічно – численних електроміток на шкірі тильної і долонної поверхонь пальців обох кистей, на внутрішній поверхні лівого передпліччя в середній і нижньої третини, на передній поверхні лівого стегна у вигляді характерних ділянок з піднесеним

«роздутим» епідермісом і наявністю кіптяви, глибоким ураженням шкіри і підлеглих м'яких тканин лівого передпліччя, наявністю вираженого гострого загального венозного повнокров'я, гострих гемодинамічних розладів і дистрофічних змін паренхіматозних органів, точкових і плямистих темно-червоних крововиливів під власною плеврою легких, під епікардом, на сполучнотканинних оболонках очей, набряку головного мозку і легких.

Отже, наведений приклад наглядно демонструє доволі серйозну проблему з молоддю, та їх забавами, що приводить до непоправних та страшних наслідків, і Україна займає далеко не останнє місце за цим жахливим показником [6]. У гонитві за вдалим кадром в світі вже загинули 259 осіб – це дані вчених з Нью Делі, які підраховали жертв трагічних випадків під час селфі за шість років. Втім, в цю статистику потрапили тільки ті, про кого повідомляли в новинах. Найбільше сміливців загинули в Індії, Росії, Сполучених Штатах і Пакистані.

#### Список використаних джерел

1. Сайт прес-служби ПАТ «Укрзалізниця» (2019). *Статистична інформація*. Відновлення з <https://www.ukrinform.ua/rubric-regions/2560296-na-zalznici-z-pocatku-roku-vid-udaru-strumom-zagynuli-15-ekstremaliv.html>
2. 3 початку року на залізниці травмувалися 25 осіб (2018). *Укрзалізниця*. Відновлення з [https://censor.net.ua/ua/news/448665/z\\_pochatku\\_roku\\_na\\_zaliznytsi\\_travmuvalysya\\_25\\_osib\\_ukrzaliznytsya](https://censor.net.ua/ua/news/448665/z_pochatku_roku_na_zaliznytsi_travmuvalysya_25_osib_ukrzaliznytsya)
3. Безпечна електроенергія. ДТЕК Київські електромережі (2019). Відновлення з [https://dtek-kem.com.ua/bezpechna\\_elektroenergiya?print=1](https://dtek-kem.com.ua/bezpechna_elektroenergiya?print=1)
4. Судово-медична експертиза ушкоджень та смерті від деяких фізичних чинників (2019). Відновлення з [https://nmapo.edu.ua/images/FakPidVik/kafSudMed/Ebook/354-379.-Rozdil\\_5.-Factors.pdf](https://nmapo.edu.ua/images/FakPidVik/kafSudMed/Ebook/354-379.-Rozdil_5.-Factors.pdf)
5. Микроскопические признаки электрометки (2019). Відновлення з <http://forensicmedicine.ru/wiki/%D0%AD%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D1%82%D0%BA%D0%B0>
6. Вчені оприлюднили страшну статистику смертельних селфі (2019). Відновлення з <https://ukr.segodnya.ua/world/usa/uchenye-obnarodovali-zhutkuyu-statistiku-smertelnyh-selfi-1176863.html>

розроблення. Отже, робимо висновок про те, що в світі існують три покоління прав людини та формується четверте покоління прав людини, що потребує міжнародного правового закріплення.

#### Список використаних джерел

1. Ковшик А. О. Покоління прав людини: поняття та загальна характеристика [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://dspace.pnpu.edu.ua/bitstream/123456789/3694/1/Kovschik.pdf>
2. Теорія поколінь прав людини [Електронний ресурс] // Режим доступу: [https://pidruchniki.com/1867010843034/pravo/teoriya\\_pokolin\\_prav\\_lyudini](https://pidruchniki.com/1867010843034/pravo/teoriya_pokolin_prav_lyudini)
3. Еволюція прав людини [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://www.coe.int/uk/web/compass/the-evolution-of-human-rights>
4. Басалюк Н. В. Становлення четвертого покоління прав людини [Електронний ресурс] // Режим доступу: [http://www.pjv.nuoua.od.ua/v1\\_2018/10.pdf](http://www.pjv.nuoua.od.ua/v1_2018/10.pdf)

#### **Трущельов Андрій Миколайович**

студент 6408 групи

4 медичного факультету

НМУ імені О. О. Богомольця

#### **Волобуєв Олександр Євгенійович,**

асистент кафедри судової медицини та медичного права

НМУ імені О. О. Богомольця

#### **Науковий керівник:**

#### **Плетенецька Аліна Олександрівна,**

кандидат медичних наук,

асистент кафедри судової медицини та медичного права

НМУ імені О. О. Богомольця

#### **СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА ПАДІНЬ З ВИСОТИ**

Серед травм тупими твердими предметами важливе місце належить пошкодженням при падінні з висоти. Це визначається двома моментами: по-перше, частотою цих пошкоджень і, по-друге, особливостями їх морфології і умовами виникнення.

За даними різних авторів, питома вага смертельних ушкоджень в результаті падіння з висоти досягає в великих містах 20-40% від усіх випадків смертельної механічної травми.

Найбільш травмованими структурами виявляються грудна клітка (92%), легені (76%), серце (53%) і печінка (58%). Як вказують дослідження, в результаті автотранспортних подій та падінь з великої висоти або ударах тупими предметами з обмеженою поверхнею співударіння також доволі часто травмується селезінка [1, 2]. Основними

соціальний розвиток; права на користування спільним спадком людства; право на мир; право на здоров'я та безпечне довкілля; право на гуманітарну допомогу тощо [2].

В останні десятиліття почали виділяти четверте покоління прав людини. В світі існує дискусія щодо доцільності їх виділення. До категорії прав четвертого покоління відносять, по-перше, біологічні права, що пов'язані із розвитком біотехнологій. Вивчення геному людини, генетичні маніпуляції, експерименти із людськими ембріонами, клонування, поява нових термінів («екстракорпоральне запліднення», «генетичний скринінг» тощо) поставили складні юридичні, етичні, моральні і релігійні питання. Це породило необхідність визначення прав, які забезпечуватимуть недоторканність і недоступність людського тіла з його генетичним типом. Зокрема, з'явилися такі права: право на генетичну ідентичність людини, а отже, право на заборону репродуктивного клонування; право людини на визначення меж втручання у генетичну систему клітин і тканин, підпорядковане медичним цілям (біопсія хоріону, амніоцентез тощо); право на корекцію статевої приналежності; право бути донором органів і тканин тощо.

До групи біологічних прав можемо також віднести:

- право на штучне переривання вагітності, право на смерть за допомогою еутаназії, право на збереження штучного життя мозку після смерті, право на стерилізацію тощо [3].

- інформаційні права, пов'язані із появою глобального інформаційного простору: 1) право вільно, безперешкодно, на власний розсуд бути суб'єктом інформаційних процесів, шукати, одержувати і поширювати інформацію (це право не пов'язане з територіальною юрисдикцією держави і не обмежується територіально державними кордонами); 2) право на захист від неправомірного інформаційного втручання, яке включає право на конфіденційність інформації про особисте життя, конфіденційність кореспонденції, захист від розповсюдження неправдивої інформації, що завдає шкоди честі й репутації особи [3]. Ці права є результатом втручання у психофізіологічну сферу життя людини, яке, однак, не є безмежним.

Отже, із появою нових, невідомих сьогодні, суспільних відносин, в яких виникатимуть нові, потребуючі додержання і захисту права, свободи та інтереси людини, неминуче змінюватимуться і їх класифікації [2].

Четверте покоління прав людини формується з огляду на появу глобального правового комплексу. Звісно, означені права, що в деяких країнах нормативно закріпилися, невичерпні. У цьому контексті можемо говорити про право на донорство і трансплантацію органів, штучне запліднення, вільну від дитини сім'ю тощо.

Отже, четверте покоління прав людини – це етико-правовий феномен, осмислення якого потребує подальшого наукового і практичного

### **Волобуєв Олександр**

асистент кафедри судової медицини  
та медичного права

НМУ імені О.О. Богомольця

### **Варуха Катерина**

кандидат медичних наук,

асистент кафедри судової медицини

та медичного права

НМУ імені О.О. Богомольця

## **МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ, ЯК ФОРМА СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ТА ДОБРОБУТУ НАСЕЛЕННЯ**

Медичне страхування є важливою складовою соціальної інфраструктури кожної розвиненої країни, дає змогу раціональніше використовувати кошти призначені для забезпечення охорони здоров'я, а також підвищувати якість цих послуг і рівень забезпеченості ними населення.

Міжнародний досвід свідчить, що рівень розвитку економіки країни часто визначають за рівнем організації страхової справи, яка за дохідністю в багатьох країнах випереджає промисловий та банківський сектори. Крім того, у державах із розвинутою ринковою економікою страхування є важливим механізмом залучення в економіку інвестиційних ресурсів.

В умовах ринкових відносин медичне страхування є найважливішою складовою частиною системи охорони здоров'я, покликаної усувати або пом'якшувати вплив ряду непередбачених обставин, які виникають в житті людини і негативно відбиваються на його здоров'я, шляхом повного або часткового відновлення працездатності.

Роль та значимість медичного страхування базується на таких основних аспектах, як:

– економічний аспект – полягає у формуванні ефективної та дієздатної системи охорони здоров'я та забезпечення належного рівня фінансування даної галузі;

– соціальний аспект – спрямований на забезпечення економічних переваг для громадян та формування ефективної взаємодії між страховими компаніями та медичними закладами щодо надання застрахованим особам необхідного комплексу медичних послуг;

– гуманітарний аспект – зумовлений необхідністю відчуття захищеності та фінансової незалежності щодо користування медичними послугами.

Програми, які пропонують страхові компанії з добровільного медичного страхування, можна поділити на чотири основні категорії: поліклінічне обслуговування, в тому числі аптечне; стаціонарне обслуговування; послуги невідкладної швидкої медичної допомоги;

стоматологія. Деякі страхові компанії пропонують різноманітний додатковий сервіс: медичне обслуговування на дому, закріплення довіреного лікаря, безплатна видача полісів зі страхування медичних витрат при поїздках за кордон, пільгове страхування для членів сім'ї, спеціальні програми для дітей і вагітних. Широкий спектр страхових програм, різних за ціною і набором послуг, їх комбінація, дає можливість вибрати поліс, виходячи із потреб і фінансових можливостей.

З кожним роком в Україні медичне страхування користується все більшим попитом. Нижче наведена таблиця, яка показує динаміку зросту показників діяльності страхових компаній по договорам добровільного медичного страхування за останні п'ять років, з 2014 по 2018 роки [1, 2].

Показники (тис. одиниць)	Роки				
	2014	2015	2016	2017	2018
Кількість договорів страхування, укладених з фізичними особами, окрім договорів обов'язкового страхування від нещасних випадків на транспорті (тис. одиниць).	134713,2	202429,3	179471,2	185482,9	201077,5
Всього зібраних чистих страхових премій (млн. грн.)	18 592,8	22 354,9	26 463,8	28 494,4	34 424,3
Чисті страхові премії по добровільному медичному страхуванню (млн. грн.)	1 507,1	1 862,1	2 280,2	2 673,9	3 243,1
Чисті страхові виплати по добровільному медичному страхуванню (млн. грн.)	1 108,5	1 197,8	1 339,9	1 671,6	2 094,9
Чисельність населення України (постійне населення, без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя) (тис. одиниць).	42831,4	42675,3	42502,9	42315,8	42100,2

У відсотках табличні показники виглядають наступним чином:

- населення України порівняно з попередніми роками: за 2015 рік (-0,4%), за 2016 рік (-0,4%), за 2017 рік (-0,4%), за 2018 рік (-0,5%);
- страхові премії порівняно з попередніми роками: за 2015 рік (+19,1%), за 2016 рік (+18,3%), за 2017 рік (+14,7%), за 2018 рік (+17,6%);
- страхові виплати порівняно з попередніми роками: за 2015 рік (+7,5%), за 2016 рік (+10,6%), за 2017 рік (+19,8%), за 2018 рік (+20,2%)
- укладених договорів страхування: за 2015 рік (+69,2%), за 2016 рік (-140%), за 2017 рік (+36,4%), за 2018 рік (+7,7%). З них доля страхових премій, що припадає на медичне страхування: у 2014 році (8,1%), у 2015 році (8,3%), у 2016 році (8,6%), у 2017 році (9,3%), у 2019 році (9,4%)

Отже, за останні п'ять років (2014 – 2018 р.р.) бачимо, на фоні незначного зниження населення України, приріст показників по медичному страхуванню порівняно з попередніми роками, що

«Велику хартію вольностей» (1215), де, зокрема, говориться: «Жодна вільна людина не буде заарештована, або ув'язнена, або позбавлена володіння, або у будь-який (інший) спосіб знедолена... як за законним вироком рівних та за законом країни». З таких підстав до першого покоління прав людини можна віднести і Литовські Статути (1529, 1566, 1588 рр.) – юридичний пам'ятник литовського, білоруського та українського народів. У них було проголошено ідеї рівності вільних людей перед законом, особистої недоторканності, юридичного захисту прав вільної (шляхетної) особи [2].

Сьогодні цивільні та політичні права докладно викладено у Міжнародному Пакті про цивільні та політичні права та у Європейській Конвенції про захист прав людини і основних свобод [3]. Отже, робимо висновок, що перше покоління прав людини починається з періоду встановлення юридичної рівності, коли зруйнувалися станові рамки середньовічного суспільства [1].

Наступним кроком, в ХХ столітті розвиток отримали права другого покоління, покликани забезпечити не лише вільне життя, але й певний рівень матеріального забезпечення. Людина боролася за соціально-економічні права, зростання благополуччя, покращення культурного рівня [4].

Друге покоління прав людини називають ще системою позитивних прав внаслідок того, що вони не можуть бути реалізовані без організаційної, координуючої та інших форм діяльності держави, спрямованих на їх забезпечення. Соціальні, економічні та культурні права дістали нормативне вираження у Загальній декларації прав людини 1948 р. і особливо в Міжнародному пакті про економічні, соціальні і культурні права 1966 р., а також у низці конституцій ХХ сторіччя [2].

Третє покоління прав людини складається після закінчення Другої світової війни. Його визначальною ознакою став колективний характер прав. В цей час було остаточно закріплено колективні права (права народів, солідарні права), до яких належать право на мир, на розвиток, на свободу слова, віросповідання, голосування, а також права етнічних, релігійних, мовних меншин тощо.

Становлення третього покоління прав пов'язано з національно-визвольним рухом країн, що розвиваються, а також із загостренням глобальних світових проблем після Другої світової війни. Останні призвели до інтернаціоналізації юридичних формулювань прав людини, створення міжнародних (або континентальних) пактів про права людини, законодавчого співробітництва країн у питаннях про права людини, надбання наднаціонального характеру законодавствами (особливо конституційними) тих держав, що підписали міжнародні пакти про права людини.

До прав третього покоління відносять права на політичне, економічне, соціальне і культурне самовизначення; права на економічний та



**Тексіджанова К.Б.**

студентка Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету

**Науковий керівник:**

**Ергард Наталія Миколаївна**

кандидат медичних наук, доцент,  
професор кафедри кримінального  
права і процесу Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету

### **ТЕОРІЯ ПОКОЛІНЬ ПРАВ ЛЮДИНИ**

В даних тезах ми розглянемо теорію поколінь прав людини, а також визначимо проблему формування четвертого покоління прав людини.

Вчені, спираючись на історичний розвиток прав людини виділяють три основні покоління прав людини. Останнім часом, було піднято питання про існування окремого четвертого покоління прав людини. Розвиток поколінь прав людини вивчали наступні вчені: Р.І. Ахметшин, Д.М. Шибаніц, Н.Б. Мушак, В.В. Речицький, В.Г. Буткевич, О.С. Аврамові, О.С. Жидкової, Г.Ф. Гараєвої. Загалом, покоління прав людини визначається як класифікація прав людини, відповідно до їх історичного розвитку [1].

Щороку 10 грудня, за рішенням ООН, відзначається в усьому світі День прав людини для привернення уваги до їх реалізації.

Отже, в світі виділяють три основні покоління прав людини. Вважається, що перше покоління прав людини було відзначено Великою французькою революцією і виною за незалежність США. Внаслідок, стало визнання цивільних (особистих) і політичних прав людини, що в узагальненому вигляді отримали назву першого покоління прав людини. Перше покоління прав людини – невідчужувані особисті (громадянські) і політичні права. Це право громадянина на свободу думки, совісті та релігії, на участь у здійсненні державних справ, на рівність перед законом, право на життя, свободу і безпеку особи, право на свободу від довільного арешту, затримання або вигнання, право на гласний розгляд справи незалежним і неупередженим судом та ін. Особисті і політичні права набули юридичної форми спочатку в актах конституційного національного права, а незабаром і в актах міжнародного права [2].

Перші акти англійського конституціоналізму, що закріплюють права людини, – Петиція про права (1628), Habeas Corpus Act (1679) і Білль про права (1689). До першого покоління прав людини належать також американські декларації, а саме: Декларація прав Вірджинії (1776), Декларація незалежності США (1776), Конституція США (1787), Білль про права (1791), французька Декларація прав людини і громадянина (1789) та ін. Деякі вчені відносять до першого покоління прав людини

характеризує неухильний ріст обсягів страхових операцій на ринку та динаміку розвитку національної системи страхування у приватному секторі, який відіграє в економіці України усе більш значиму роль.

### **Список використаних джерел**

1. Статистика страхового ринку України [Електронний ресурс]/Фориншурер страхование – Режим доступу: <https://forinsurer.com/stat>-Назва з екрану.

2. Чисельність населення України [Електронний ресурс] //Державна служба статистики України – Режим доступу: [https://http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2019/ds/kn/kn\\_u/kn0819\\_u.html](https://http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2019/ds/kn/kn_u/kn0819_u.html) - Назва з екрану/

**Гаврилюк Вікторія Юрївна**

студентка 4 курсу,  
Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету

**Науковий керівник:**

**Ергард Наталія Миколаївна**

кандидат медичних наук, доцент,  
професор кафедри кримінального  
права і процесу Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету

### **ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ В УКРАЇНІ**

В Україні наявна невирішена проблема, що стосується трансплантації органів як і від живих осіб, так і від мертвих. Відповідно до законодавств України, трансплантація органу від живого донора може відбутися лише при наявності родинних зв'язків між донором та реципієнтом. Лише деякі біологічні матеріали, що мають здатність до регенерації, зокрема, кістковий мозок, становлять виняток. А от взяти орган чи тканини у померлої особи можливо лише при наявності письмової згоди самого донора або його близьких родичів. Але надання такої згоди не дуже розповсюджено в Україні.

У Європі та США трансплантація органів є одним із методів лікування при захворюваннях нирок, серця, печінки тощо, в той час коли в Україні пересадка органів є мало розповсюдженою. Наша держава відстає на 20-25 років у розвитку органної трансплантації.

Наразі у всіх областях України діє мізерна кількість центрів трансплантації (лише 5) і у них проводять операції із трансплантації лише декількох людських органів: нирки, печінки та серця. До того ж остання подібна операція проводилась у 2011 році.

Згідно статистики, в Україні більш розповсюджена пересадка органів від живого донора, а трансплантація від донора-група в останні роки майже не практикується. Так, у 2016 році зробили лише дві операції із пересадки нирки від трупного донора.

В країнах із добре розвинутою системою трансплантації, на 1 млн. населення припадає 14-39 трупних донорів, тоді як в Україні у 2016 році ця цифра становила 0,2 чоловік на 1 млн. населення. Ми повинні зрозуміти, що така незначна кількість трансплантацій на 44 млн. країну – це взагалі не показник [2].

«Однією з найважливіших причин такого стану речей є законодавча. Закон, який був прийнятий ще у 1999 році потребує суттєвого удосконалення, нам необхідно привести законодавство у цій сфері до сучасних світових стандартів», – зазначив Олександр Ніконенко, ректор Запорізької медичної академії післядипломної освіти, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «трансплантологія» [2].

Костянтин Руденко, заступник головного лікаря ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова» НАМН України, Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за спеціальністю «Хірургія серця і магістральних судин у дорослих», зауважив, що наразі Україна має велику кількість молодих та кваліфікованих спеціалістів, які вміють виконувати усі види пересадок органів та тканин, однак громадяни віддають перевагу операціям поза межами України. Щорічно держава оплачує лікування за кордоном десяткам пацієнтів, які потребують, у тому числі, трансплантації серця. Лише у 2016 році таких пацієнтів було 21 [1].

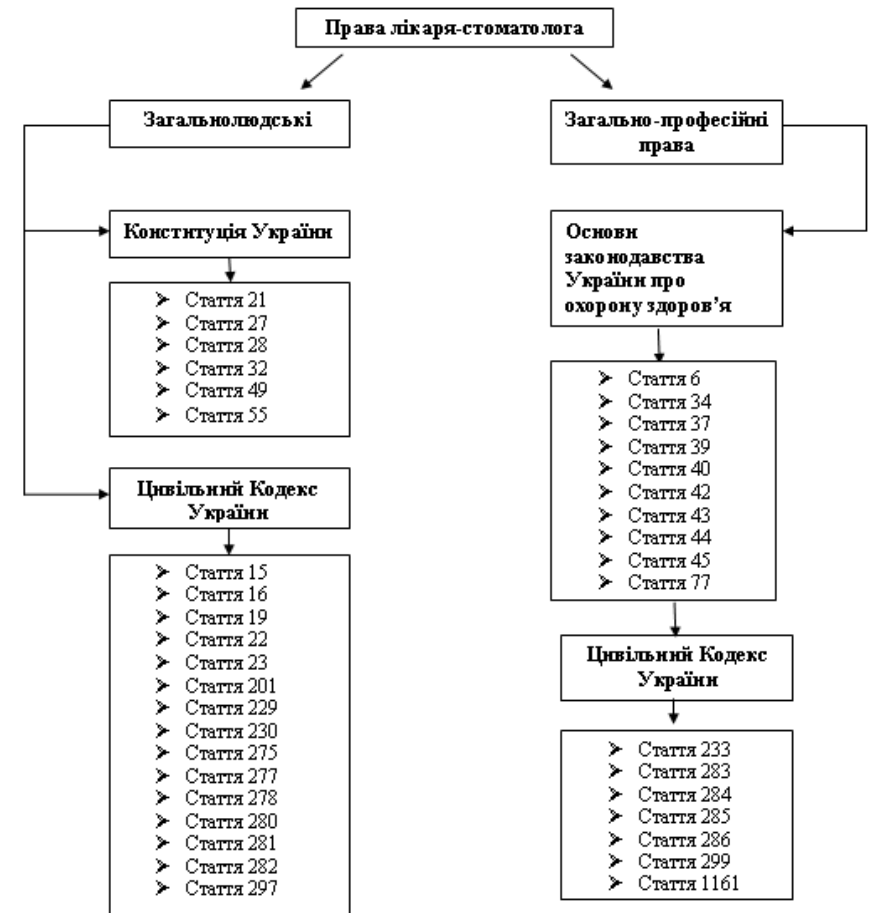
Міністерство охорони здоров'я України активно працює над вирішенням проблеми трансплантації в нашій державі. Наразі уже є розроблена робочою групою інструкція щодо роботи трансплант-координатора, також ведеться робота щодо перегляду посадової інструкції лікаря-анестезіолога, котрі повинні будуть вміти констатувати смерть мозку, оскільки це важлива складова усього процесу трансплантації. Мабуть, чи не вперше за довгий час, МОЗ України знайшло кошти на фінансування пілотного проекту по трансплантації нирки від трупного донора. Звісно, це тривалий процес, однак перші важливі кроки вже зроблені. До того ж, у Директораті громадського здоров'я МОЗ активно обговорюються методи реформування системи трансплантації органів в Україні.

Під час обговорення заступник Міністра охорони здоров'я Олександр Лінчевський наголосив: «Трансплантація – це цивілізаційна проблема».

Суспільство повинне бути готове до свідомого донорства, до розуміння того, що наші органи після нашої смерті можуть врятувати комусь життя [3].

Тому вкрай важливою є адекватна комунікація цієї проблеми в суспільстві, нам потрібно нарешті почати говорити про справді важливі

та вказали статті, яким ці права підпорядковуються:



#### Список використаних джерел

1. Конституція України [Електронний ресурс]: Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР // Верховна Рада України. - Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254k/96-вр>
2. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV [Електронний ресурс]// Відомості Верховної Ради України 18.12.2016 – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/435-15/conv/page>.
3. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України № 2801-ХІІ від 19 листопада 1992 р. // ВВР України, 1993, № 4, С. 19.

Наприклад: якщо пацієнт не надав повну інформацію про стан свого здоров'я, умисно приховав цю інформацію або підробив результати аналізів для яких попередньо був направлений цим лікарем на обстеження; якщо під час виникнення суперечки, пацієнт грубить, погрожує та ображає лікаря, втручається в його особисте життя, розпускає неправдиві чутки або розголошує інформацію щодо особистого життя лікаря, то це все є порушенням загальнолюдських прав і може бути оскаржене в суді.

При певних умовах, лікуючий лікар має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта: якщо той не виконує, або не буде виконувати медичних приписів лікаря.

Наприклад: рекомендацій щодо прийому препаратів, виконання певних медичних процедур, маніпуляцій та застережень; полоскати порожнину рота, робити масаж ясен, деякий час не жувати на хворий зуб, після пломбування каріозної порожнини не їсти 2 години т.ін.

Якщо пацієнт надає недостовірну інформацію про стану свого здоров'я, при цьому відмовляється від проведення аналізів (при підозрі на наявність загально соматичних захворювань про які він, ймовірно, знав, але свідомо приховав).

Іноді, виникають ситуації, коли у лікаря, після надання невідкладної допомоги, може погіршитися стан морального та фізичного здоров'я чи завдана матеріальна шкода, то він має повне і невід'ємне право на відшкодування завданої йому шкоди.

Наприклад, якщо людина, якій надавалася невідкладна допомога, була хвора, що в результаті привело до захворювання того, хто цю допомогу надавав, або родичі цієї людини, під психічною напругою нанесли шкоди/збитків, тоді лікар має повне і невід'ємне право клопотати про відшкодування шкоди.

Лікар-стоматолог може займатися науковою діяльністю та використовувати інформацію та знімки своїх пацієнтів в наукових роботах, але за умови забезпечення анонімності пацієнта; якщо у пацієнта є пряма загроза життю, то має право, без взяття попередньої на то згоди, проводити медичне втручання.

Наприклад, якщо при написанні статті, стоматологу треба використати особисту інформацію, або знімки пацієнта, то він повинен прибрати прізвище та ім'я пацієнта і його родичів та близьких, паспортні дані, а на фото не показувати очей або якихось особливих відміток.

При наявності згоди (особисто підписаної пацієнтом, або його родичами якщо той не спроможний підписати) стоматолог має право на використання нових методів лікування, які ще не запатентовані, але є науково обгрунтовані та безпечні для життя та здоров'я.

Отже: для кращого розуміння відображеної інформації, нами була розроблена умовна схема, в якій ми розподілили права лікаря-стоматолога

речі: Чи готові ми бути в списку потенційних донорів? Чи готові ми надати дозвіл на забір у нашого родича органів для трансплантації? Кожен повинен дати собі відповіді на ці запитання.

#### Список використаних джерел

1. В Україні щороку роблять не більше ніж 120 операцій з трансплантації органів. – МОЗ [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zik.ua/ua/news/2013/06/02/411891>

2. Проблеми та перспективи розвитку системи трансплантації в Україні: що заважає рятувати тисячі українців за допомогою трансплантації? – МОЗ [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/news/problemi-ta-perspektivi-rozvitku-sistemi-transplantacii-v-ukraini-scho-zavazhae-rjativati-tisjachi-ukrainciv-za-dopomogoju-transplantacii>

3. Процюк О. В., Алексєєва-Процюк Д. О. Кваліфікація порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини: *метод. рек.* К.: Нац. акад. внутр. справ, 2018. 55 с.

#### Галіч Вікторія-Світлана Миколаївна

студентка 6 курсу

медичного факультету №3

Національного медичного

університету імені О.О. Богомольця

**Науковий керівник:**

**Артеменко Олексій Іванович**

асистент кафедри судової медицини

та медичного права

Національного медичного

університету імені О.О. Богомольця

#### СТАТИСТИЧНИЙ МОНІТОРИНГ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ШЛУНКОВО КИШКОВОГО ТРАКТУ ЗА ДАНИМИ КИЇВСЬКОГО МІСЬКОГО КЛІНІЧНОГО БЮРО СУДОВО МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

Актуальність теми: у всьому світі, у тому числі і в Україні, зростає захворюваність населення на хвороби органів травлення. За прогнозами експертів ВООЗ, в XXI сторіччі ці хвороби в структурі захворюваності будуть посідати одне з провідних місць поряд з патологією серцево-судинної системи. На сьогодні хвороби органів травлення в структурі поширеності серед захворювань в Україні знаходяться на третьому місці. У 2013 році серед дорослого населення України було зареєстровано майже 7 млн. випадків захворювань органів травлення або 18,9 тисяч на 100 тисяч населення (у 2005 р. 17 тисяч на 100 тис. населення), в тому числі з діагнозом, встановленим вперше в житті 857 тисяч випадків або 2,3 тисячі

на 100 тис. населення (даний показник зменшується до даних 2005 року).

Так, за останні 10 років поширеність патології органів травлення у дітей збільшилась більше як на 20%. Сучасні уявлення про етіологію, патогенез, клініку захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) дозволяють лікарю в своїй практиці широко використовувати різні діагностичні лікарські засоби та їх поєднання [5].

Провідні місця в структурі поширеності вказаних захворювань в Україні залишають за собою онкопатології (рак підшлункової залози, печінки, товстої та прямої кишки), панкреатити, гастрити та дуоденіти, холецистити, холангіти, виразки шлунку та 12-палої кишки, інші хвороби підшлункової залози, хронічні гепатити [1].

Смертність внаслідок захворювань органів травлення посідає 4-те місце у структурі смертності населення (після смертності від хвороб системи кровообігу, новоутворень і нещасних випадків). Основні нозології в структурі смертності це цироз печінки, панкреатит, ускладнений перебіг виразки шлунку.

Мета дослідження: дослідити структуру та динаміку летальних випадків пов'язаних із захворюванням ШКТ та чинників, що могли стати тригерами ускладнення.

За даними КМКБСМЕ з 2005 по 2018рр хвороби ШКТ, що призвели до летальних наслідків були наступні (табл. 1):

Таблиця 1

**Перелік найчастіших захворювань ШКТ з летальним виходом**

Захворювання	Кількість випадків	Ускладнення
1. Абсцес печінки	5	Перитоніт -1
2. Аліментарна дистрофія	4	
3. Апендицит	3 (1 з них гнійний)	
4. Атрезія стравоходу	1	
5. Варикозне розширення вен сальника	1	
6. Варикозне розширення вен стравоходу	18	
7. Виразки	402 випадки із них : 12-палої кишки -98, шлунку- 255, язвенний коліт -5	
8. Гангрена кишечника	3	
9. Гастрит	2	
10.Гастродуоденіт	2	
11.Геморагічний панкреатит	9 випадків , з них 1 у вагітної	
12.Гнійний холецистит	2	
13.Гострий панкреатит	62	
14.Грижа	11	перитоніт і/або гангрена – 9 випадків, защемлена пупкова грижа – 2

**Сороченко Антон Валерійович**

кандидат юридичних наук,  
головний спеціаліст Департаменту регулювання публічних закупівель Міністерства розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України

**Сороченко Григорій Валерійович**

доктор медичних наук, професор,  
кафедра дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань Національного медичного університету імені О.О. Богомольця  
**Артемчук Аліна Вячеславівна**  
лікар-стоматолог, старший лаборант кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

**ПРАВА ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА**

Актуальним питанням в наш час є притягнення лікарів, в тому числі – й стоматологів, до юридичної відповідальності. Страхова медицина в Україні активно розвивається, кількість позовів до суду з кожним роком зростає. Водночас питання належної реалізації прав лікарів під час здійснення ними професійної діяльності залишається малодослідженим.

Ці права можна умовно поділити на дві групи: до першої віднесемо загально-професійні, а до другої, безпосередньо загальнолюдські.

Про право лікаря, як людини і громадянина говорить Конституція України; про загально-професійні права говорять Основи законодавства України про охорону здоров'я та ряд положень у Цивільному Кодексі України.

Під час виникнення конфліктних ситуацій між пацієнтом та лікарем, порушуються права лікаря не тільки загально професійного характеру, але й загальнолюдського.

Кожен інцидент треба розглядати з різних сторін. Саме такий підхід допоможе вирішити безліч конфліктних ситуацій в досудовому порядку.

Важливим моментом є доведення до відома лікарів-стоматологів про збереження права на життя та здоров'я, про невід'ємне право на власну честь та гідність, конфіденційність та недоторканість особистого життя, охорону здоров'я, праці та відпочинок.

адсорбційний аналіз. Для встановлення типу, виду, конкретного екземпляру зброї доцільно виявляти наявність слідів нарізів каналу ствола зброї, а також судово-цитологічні показники наявності біологічних тканин на кулях, якими спричинені ушкодження.

Ці комплекси критеріїв дозволять також відрізнити вогнепальне кульове поранення від схожого з ним кульового поранення, заподіяного пострілом з пневматичної зброї, що володіє великою потужністю.

### Список використаних джерел

1. Авдеев А. И. Характеристика поврежденных при поражении из пневматического оружия с высокой энергией пули. *Судебно-медицинская экспертиза*. Москва: 2013. С.13-15.

2. Хижняк В. В. (2004). *Особенности повреждений, что заподіяні пострілами з пневматичної гвинтівки ІЖ-38 (експериментальне дослідження)* (Дисертація кандидата медичних наук). Харківський державний медичний університет, Київ.

3. Пневматические винтовки «Hatsan» класса «Big Bore». Відновлення з <http://arbalet-airgun.ru/mir-oruzhiya-novosti-sobyitiya-obzoryi/v-mire-pnevmaticheskogo-oruzhiya/pnevmaticheskie-vintovki-hatsan-klasa-big-bore.html>

4. «Umarex Hammer»: самая мощная на планете пневматическая винтовка. Відновлення з <http://arbalet-airgun.ru/mir-oruzhiya-novosti-sobyitiya-obzoryi/v-mire-pnevmaticheskogo-oruzhiya/umarex-hammer-samaya-moshhnaya-na-planete-pnevmaticheskaya-vintovka.html>

5. Плетенецька А. О. (2012). Судово-медична оцінка ушкоджень тіла людини та одягу, заподіяних при пострілах із потужної пневматичної гвинтівки Crosman 2100 Classic (експериментально - морфологічне дослідження). (Дисертація кандидата медичних наук). Харківський державний медичний університет, Київ.

15. Дивертикул кишки	1	
16. Дистрофія печінки	4	
17. Жирова дистрофія печінки	3	
18. Жировий гепатоз	105	
19. Жовчокам'яна хвороба	8	
20. Заворот кишечника	6	Перитоніт -5
21. Запалення сигмовидної та тонкої кишки	2	Перитоніт -1
22. Ілеїт з перитонітом	2	
23. Інфаркт селезінки	1	
24. Калькульозний холецистит. холецистит	4 8	
25. Кахексія	1	
26. Кишечна непрохідність	22	Перитоніт -14
27. Кишкова токсикоінфекція	1	
28. Онкологічні захворювання та пухлини органів ШКТ	976	
29. Панкреатит	Гнійний 4, хронічний -5	
30. Панкреатит	250	Перитоніт -4
31. Панкреонекроз	13	
32. Розриви: Печінки	1	
Стравохода	3	
Судин підшлункової залози	1	
Вен стравоходу	1	
33. Синдром Мелорі-Вейса	12	
34. Тромбоз мезентеріальних судин	26	
35. Тромбоз судин брижейки	7	
36. Хвороба Крона	2	
37. Хронічний гепатит	6	
38. Шлунково-кишкова кровотеча	5	

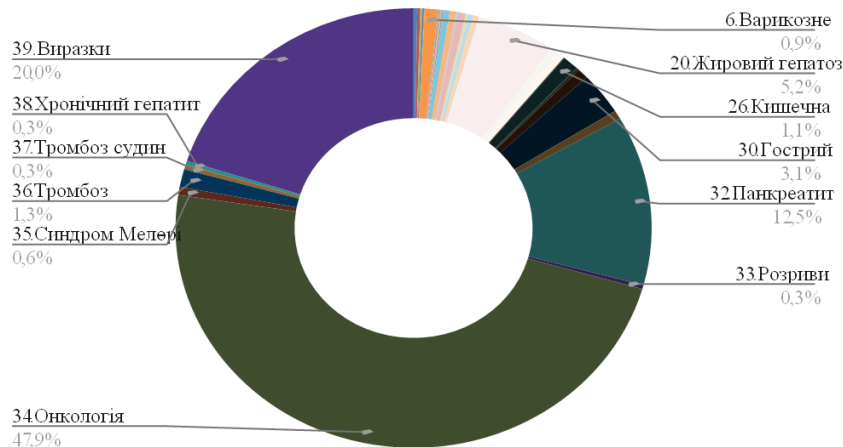
Беручи загальну кількість смертей в період 2005-2018рр. причиною яких були хвороби шлунково-кишкового тракту, можемо зробити висновки, що приріст почав відбуватись в період з 2010 року і продовжується до сьогодні.

Як видно на малюнку 1 основними захворюваннями ШКТ, наслідком яких була смерть, стали онкологічні захворювання органів шлунково-кишкового тракту (47,9%), панкреатити (16%), виразки (20%), жирові гепатози (5,2%).

Особливу увагу слід приділити онкологічним захворюванням та пухлинам, так як за даними Інституту раку за останні десять років кількість хворих зросла на 25%, загальна чисельність населення скоротилася на 4 млн. чоловік. Онкологічна захворюваність стабільно зростає на 2,6-3% на рік, і рак продовжує «молодіти» [2].



Діаграма 1 – смертність від хвороб ШКТ 2005-2018рр.



Малюнок 1 - основні захворювання ШКТ, що призвели до смерті.

Найбільш чисельна група захворювань шлунково-кишкового тракту складала 976 випадків смертей і зайняла лідируюче місце в нашому рейтингу причин летальності. Деталізовану картину локалізації онкохвороб та пухлин можна відобразити на таблиці 2:

зустрічалися випадки поранень із пневматичної зброї. Втім, часто за відсутністю даних щодо обставин справи, експерти зазнають труднощів при диференціальній діагностиці вогнепальних ушкоджень від пневмоствільних.

У всіх випадках вогнепальної травми експерт зобов'язаний визначити приналежність ушкодження до вогнепального і встановити його ознаки. Ушкодження, що виникають при пострілі, мають різноманітний характер і залежать від того, якими факторами вони заподіюються. Однак тільки виявлення на ураженому об'єкті продуктів пострілу з вогнепальної зброї (наприклад, частинок пороху, кіптяви і ін.), а також слідів їх дії, дозволяє об'єктивно діагностувати і диференціювати факт заподіяння ушкоджень з вогнепальної, а не іншої (наприклад, пневматичної) зброї. Об'єктивна диференціальна діагностика вогнепальних вхідних ушкоджень особливо складна в разі відсутності в області ушкодження будь-яких слідів дії додаткових чинників пострілу (полум'я, газів, кіптяви, порошків, частинок металу, мастила). Особливо складними є випадки експертної оцінки кульових ушкоджень, завданих в умовах «неочевидності їх утворення» [1]. Крім того, наявні в спеціальній судово-медичній літературі відомості про незначний обсяг травми, заподіяної пострілами з пневматичної зброї, практично не відповідають дійсності в зв'язку із збільшеною потужністю даного виду зброї і широким поширенням гвинтівок середнього і крупного калібрів [2]. На сьогоднішній день стандартними у пневматики вважаються наступні калібри: .177 (4,5 мм), .22 (5,5 мм), .25 (6,35 мм), .30 (7,62 мм) і .38 / .357 (9 мм). Останні два вже відносяться до класу «BigBore». Помітну популярність в останні роки знаходять зовсім монструозні .45 (11,43 мм) і «великий 50-й», тобто 12,7 мм. Деякі зразки пневматичної зброї здатні розвивати дульну енергію в 400 Дж («Hatsan Hercules» .45) [3], 542 Дж («Gamo TC-45» .45) і 1000 Дж («Umarex Hammer» .50) [4].

Як вказують дослідження [5], постріли з пневматичної зброї можуть спричинити як легкі тілесні ушкодження, так і тяжкі. При діагностиці ушкоджень з пневматичної зброї слід використовувати морфологічні характеристики: макро- і мікроскопічні ознаки, пошкодження одягу, ушкодження на тілі (форма, розміри, дефект тканини). При вивченні ушкоджень необхідно враховувати результати додаткових досліджень, зокрема рентгенографії, КТ, ЯМРТ, які допомагають встановити форму, розміри та щільність кулі, а також виявити точне місце її локалізації (що є особливо важливим при експертизі живих осіб). З метою визначення характеру відкладання металізації ділянки пошкодження слід використовувати кольорові хімічні реакції, чи контактний-дифузійний метод, виявлення таких металів, як залізо, мідь, свинець та цинк. Найбільш результативними способами дослідження металізації є рентгенофлуоресцентний метод, емісійна спектроскопія та атомно-

exceptions provided by law (for example, the patient is a baby, or in the case of an emergency hospitalization or forced treatment).

A separate allocation of diagnostic, medical, preventive care is also well-founded. Such allocation reasonably serves to distinguish a medical patient from a sick person. In practice, there are also difficulties with understanding the difference between a sick person and the patient. First of all, this difference consists in the fact that the sick person is one (for example, a baby), and the rights of the patient are other persons – his or her parents. The second case is the situation when the patient turns to a doctor for a preventive or counseling service, and has no illness. Particularly significant such a distinction is when determining the status of a pregnant woman as a patient. After all, in the normal gestation course, a woman is not sick and has no diagnosis. Pregnant in this case also does not require treatment, but only pregnancy follow-up. That is, the definition needs to be supplemented by the phrase "or to pregnancy follow-up".

Therefore, it can be assumed that the patient is a person who has applied (or on behalf of which the authorized persons applied for) to the medical institution of any form of ownership or to a doctor of private practice for obtaining diagnostic, medical, preventive care or to pregnancy follow-up regardless of whether person is ill or healthy.

#### Sources

1. Косолапова Н. В. Основы медицинского права / Н. В. Косолапова, Г. Р. Колоколов, О. В. Никульникова. – Москва: Экзамен, 2005. – 320 с.

2. Human Rights in Childbirth National Report: Ukraine [Електронний ресурс] / [A. Salnykova, A. Dunayevska, J. Shushailo та ін.]. – 2016. – Режим доступу до ресурсу: <https://drive.google.com/open?id=0B5faIgVXuVtzZEJINldVZk1HVjA>.

**Сьомочкін Дмитро Андрійович,**

студент 6408 групи

4 медичного факультету

НМУ імені О. О. Богомольця

**Науковий керівник:**

**Плетенецька Аліна Олександрівна,**

кандидат медичних наук

асистент кафедри судової медицини

та медичного права

НМУ імені О. О. Богомольця

### ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ВОГНЕПАЛЬНИХ ТА ПНЕВМОСТРІЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ

Враховуючи події останнього часу в Україні, питання про пневмострільні ушкодження стали зустрічатися в експертній практиці частіше. Так, за офіційними даними, за останні місяці в м. Києві

Таблиця 2

### Локалізація пухлин та онкопроцесів в органах ШКТ, згідно з даними КМКБСМ м. Київ

Онкологічні хвороби ШКТ	961 випадок	рак язика – 47; рак привушної залози -1 рак слюної залози – 2; рак ануса – 1 рак брюшини – 5; рак глотки -7 рак гортаноглотки -1 рак ротоглотки – 1, рак селезінки -1, рак 12-палої -5, рак прямої кишки -78, рак сигмовидної кишки – 19, рак сліпої кишки -9, рак шлунку -187, рак товстої кишки -123, рак тонкої кишки -6, рак підшлункової залози -168, рак жовчного -8, рак кишечника -21, рак органів черевної порожнини -44 рак печінки -204, рак стравоходу – 23
Пухлини ШКТ	15 випадків	пухлини черевної порожнини -3, пухлини заочеревенного простору – 3, пухлини заочеревенної клітковини -1, пухлини кишківника -2, пухлини органів черевної порожнини -6

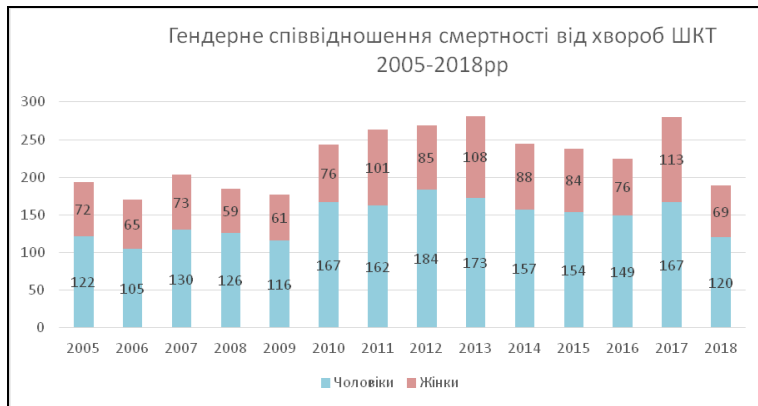
На таблиці 3 представлено співвідношення летальних випадків відповідно до статі і вікової категорії населення за 2005-2018рр. Превалює летальність осіб чоловічої статі до жіночої (2:1 відповідно) у віковій категорії 21-60 років. Це може бути пов'язано із способом життя та невідповідних умов життя та праці. Також на такі показники впливає той факт, що чоловіки рідше відвідують заклади охорони здоров'я з метою профілактичного огляду та лікування [3].

Таблиця 3

### Співвідношення летальних випадків, відповідно до статі та віку

Всього	3331 осіб	Вікова категорія	Кількість померлих
Чоловіки	2154	0-12 років	2
		13-16 років	2
		17-21 рік	37
		21-60 років	1413
		>60 років	700
Жінки	1177	0-12 років	5
		17-21 рік	12
		21-60 років	609
		>60 років	551

Превалювання смертності серед чоловічого населення спостерігається протягом всього періоду дослідження, враховуючи дані СМБ м. Київ з 2005 по 2018рр. (див. діаграма 2)



Діаграма 2 – співвідношення смертності від хвороб органів шлунково-кишкового тракту чоловіків до жінок.

Найбільша тенденція до захворювань (з летальним виходом) мала категорія людей у віці 21-60 років та більше 60-ти років (див. діаграму 3 та 4 відповідно). Але привалювання статі значно знижується, якщо говорити про кагорту «60 років +», це можна пов'язати з неналежним медичним забезпеченням такого вікового населення та/або легковажним відношенням до себе та свого здоров'я з боку постраждалих.



Діаграма 3 - Співвідношення смертності у віці 21-60 років

комісійних судово-медичних експертиз з встановлення причин настання тяжких наслідків для хворого; комісійних судово-медичних експертиз по медичних документах. Вивченням за консультаціями спеціалістів (судово-медичних експертів, лікарів відповідних спеціалізацій) патологоанатомічних досліджень при спричиненні смерті хворому, індивідуальних та медичних карток хворих; результатів відомчих перевірок за розслідуванням кримінальним правопорушенням, посадових та інших інструкцій.

### Semchuk Natalia

PhD, senior lecturer of Department of criminal law and proses, Law faculty, National Aviation University

### PREGNANT WOMAN AS A SPECIAL SUBJECT OF MEDICAL RELATIONS

In recent years, there is an international recognition of that the fact that the issue of human rights is also to be resolved in the sphere maternity care. It is worth pointing out that in terms of medical and law status, a pregnant woman is a special subject of medical care. The Law of Ukraine "Fundamentals of Ukrainian Health Law" states that a patient is a natural person who has applied for medical assistance and / or who is provided with such assistance. However, this definition does not reveal any special features of a patient that will allow it to be distinguished from other participants in medical-legal relations. Science, practice, and international treaties do not provide a unified understanding of the concept of a patient. G. Kolokolov, N. Kosolapova and O. Nikulikova define the concept of a patient as a person who has applied to the medical institution of any form of ownership or to a doctor of private practice for obtaining diagnostic, medical, preventive care regardless of whether he is ill or healthy [1].

According to Human Rights in Childbirth National Report, over 62% of respondents indicated that they got no printed information about their rights on Informed Consent either in antenatal clinics or in maternity hospitals. Some printed information was provided in antenatal clinics (24%), in sanitary inspection rooms (14%), and in delivery room (11%). The largest percent (58%) of women that learned about informed consent did so from the documents supplied by obstetricians. 10% of respondents were provided with some printed leaflets where the right for informed consent has been clarified [2].

The Ukrainian legislation obliges doctors to obtain informed consent before conducting any medical interventions. In turn, pregnant and birthing women are granted a right to refuse giving their consent for such an intervention. However, in practice such informed consent is mostly seen as a formality, just as another signature to be obtained as the woman enters a maternity hospital.

First of all, in spite of the consent of the patient, in many cases, there are



недосконалості медичної науки та техніки. Вона не є результатом халатного, безвідповідального ставлення лікаря до своїх обов'язків (неналежного виконання професійних обов'язків – ст. 140 ККУ), неuczтва чи кримінальне протиправної дії. Тобто при такій помилці вина медичного працівника відсутня, як і склад кримінального правопорушення.

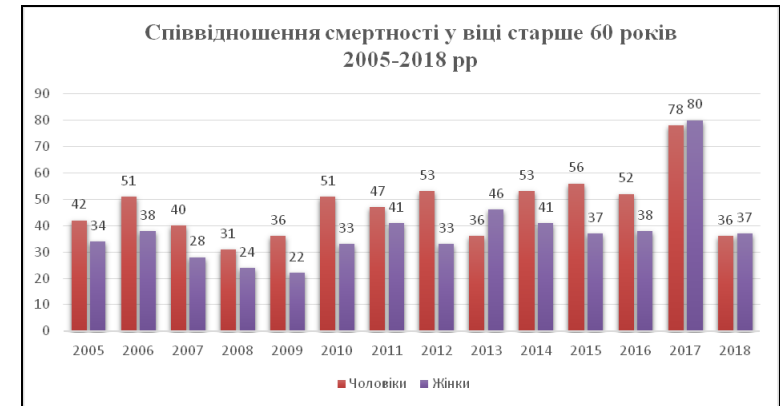
Прихильники другого займають категорично звинувачувальну позицію і наполягають на тому, що у таких випадках у діях медичних працівників обов'язково наявна вина. Проте й серед них немає єдності щодо кваліфікації медичної помилки. В одних випадках помилкою вважають винне діяння медичних працівників, що спричинило заподіяння шкоди здоров'ю пацієнта, а в інших – випадкове невинне заподіяння шкоди хворому, пацієнту.

Таким чином медична помилка може визначатися як: помилка лікаря при виконанні своїх професійних обов'язків, що є наслідком сумлінної омані й не утримує складу кримінального правопорушення; невірне визначення хвороби лікарем (діагностична помилка) або невірний лікарський захід (операція, призначення ліків й ін.), обумовлені сумлінною оманю лікаря.

Причини медичних помилок можуть бути об'єктивними й суб'єктивними. До помилок, викликаних суб'єктивними факторами, належать помилки, яких припускаються медичні працівники, котрі необгрунтовано відступають від встановлених медичних стандартів, діють необережно, самовпевнено чи припускаються необгрунтованого ризику за браком досвіду чи знань. До помилок, викликаних об'єктивними факторами, відносять дії (бездіяльність) медичних працівників, що не порушують встановлені законом та підзаконними актами правила, проте заподіяли шкоду здоров'ю пацієнта чи його смерть внаслідок недосконалості медичної науки на даному етапі її розвитку, несприятливих умов або обставин здійснення медичного втручання, об'єктивних труднощів діагностики деяких захворювань.

В сучасних умовах правоохоронні органи повинні використовувати такі засоби та методи, що дозволять ефективно розслідувати будь-які кримінальні правопорушення, в тому числі вчинені медичними працівниками. Основним суб'єктом їх використання є слідчий, від якості виконання якого своїх посадових обов'язків залежить успішність проведення окремих слідчих дій і розслідування в цілому.

Розслідування кримінальних правопорушень, вчинених медичними працівниками, не можливе без використання спеціальних медичних знань у різних формах. Слідчий не може володіти необхідним обсягом знань з всіх галузей медицини для виявлення порушень, відхилення від методик діагностики та лікування. Тому, встановлення фактичних обставин кримінального правопорушення (встановлення помилковості дій медичного працівника), неможливе без призначення та проведення:



Діаграма 4 - Співвідношення смертності у віці старше 60 років .

Що ж стає тригерами виникнення захворювання ШКТ?

Причинами захворювань шлунково-кишкового тракту є екзогенні, ендогенні і генетичні фактори.

Первинні причини захворювання це: аліментарний фактор, до якого відносяться:

- їжа всухом'ятку (фаст-фуд, який останнім часом набирає все більше популярності за рахунок доступності та економії часу)
- груба їжа
- зловживання спеціями та прянощами
- алкоголь і куріння
- дефекти жуваального апарату
- безконтрольний прийом лікарських засобів (особливо саліцилатів, гормонів, препарату раувольфін), полютантів (екологія).

До хвороб, що викликаються екзогенними факторами можна віднести:

- гострий і хронічний гастрит як з підвищеною, так зниженою кислотністю
  - гастроентерит
  - ентерит
  - гострий коліт
  - хронічний спастичний коліт
  - виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки
  - злоякісні пухлини шлунка
  - жовчнокам'яна хвороба
  - дискінезії жовчно-вивідних шляхів
  - алкогольний гепатит
  - цироз печінки.
- Вторинні або ендогенні причини:
- наявність антрального гелікобактера (кампіллобактерії)

- цукровий діабет
- тиреотоксикоз
- анемія
- ожиріння,
- гіповітамінози
- хвороби нирок
- інфекції
- хвороби легень, що протікають з ознаками тканинної гіпоксії
- стреси

До захворювань спричинених вказаними факторами відносять:

- гепатити
- гастрити викликані *helicobacter pylori*
- хронічний холецистит
- панкреатит
- ентеробіоз

До третьої групи причин відносяться генетичні вади та аномалії розвитку, такі як:

- вади розвитку стравоходу
- доброякісні пухлини стравоходу і шлунку
- аномалії розвитку підшлункової залози (кістозний фіброз підшлункової залози)
- вроджена гіоплазія підшлункової залози (ізольований дефіцит ліпази підшлункової залози або синдром Швахмана-Даймонда).

Найчастіше захворювання шлунково-кишкового тракту виникають при сукупності ендогенних і екзогенних факторів [4].

Висновки: проаналізувавши всі випадки летальності пов'язаних з хворобами шлунково-кишкового тракту, можемо зробити заключення, що дана проблема почала набирати оберти з 2010 року та продовжується в сьогоденні. Найчастіше страждають представники чоловічої статі у віці 21-60 років, але у віці 60 років і старше гендерної різниці майже не виділяється.

Найбільшими тригерами розвитку даної проблеми залишається харчування (+спосіб життя людини) та ігнорування проблем власного здоров'я. Звернення зі скаргами до закладу охорони здоров'я стає все більшою проблемою, особливо для жителів віддалених районів, і люди все частіше надають перевагу самолікуванню, що відповідно призводить до необоротних процесів.

Не можна не відзначити популяризацію алкогольних та нікотинних виробів, фаст-фудів та «їжі на ходу» нашим населенням. Це все також руйнує природний баланс організму та виснажує його ресурси, приносячи більше шкоди чим «плюсів» пропіарених компаніями.

Тож, щоб уникнути подібних проблем, або хоча б зменшити статистику смертності від хвороб ШКТ, потрібно згадати за збалансоване

### **Семенов Віктор Васильович**

кандидат юридичних наук, доцент,  
доцент кафедри криміналістики та  
судової медицини НАВС

### **МЕДИЧНА ПОМИЛКА – КРИМІНАЛІСТИЧНИЙ АСПЕКТ**

Помилка як наукова категорія була і залишається предметом дослідження багатьох наук, тому не випадково проблема помилки має самостійне значення у філософії, математиці, медицині, психології, економіці, юриспруденції.

Відсутність чіткого й несуперечливого визначення поняття помилки при здійсненні конкретного виду діяльності спричиняє труднощі при оцінці дій особи, що здійснює цю діяльність з погляду на повноту відповідності його дій положенням нормативних документів, що регулюють зазначений процес в умовах здійснення помилки.

Розгляд семантичного та професійного тлумачення терміна «помилка» дозволяє зробити низку висновків, що сприяють з'ясуванню сутності помилки, і є відповідною точкою для їхнього дослідження: по-перше, помилка може бути результатом якої-небудь діяльності; по-друге, вона може бути самою неправильною (некоректною) дією, висловленням, думкою; по-третє, вона носить незловмисний характер і є результатом добросовісної омани; по-четверте, помилка порушує встановлені норми, правила, рекомендації зі здійснення будь-якої діяльності.

Серед сучасних науковців поширене уявлення про помилку як про неправильну думку, або неправильні дії, упущення, оману.

У медицині медична, лікарська помилка відноситься до одного з дефектів надання медичної допомоги, що може привести до настання кримінальної відповідальності.

Незважаючи на досить ґрунтовну розробку цієї проблематики (у науковій літературі можна знайти багато визначень термінів «медична помилка», «лікарська помилка»), вони не мають відповідного правового закріплення. Дефініцію цього поняття не можна знайти у нормативних актів чинного законодавства України.

До визначення помилки у медицині доцільно розглянути два підходи – «медичний» та «правовий».

Прихильники першого вважають, що помилки в медичній практиці найчастіше виникають через складність функціонування організму людини та не контрольованість патології, на яку впливає лікування – добросовісна помилка лікаря, яка базується на недосконалому сучасному стану медичної науки та її методів дослідження чи викликана особливостями перебігу захворювання окремого хворого, або та, що пояснюється нестачею знань чи досвіду лікаря. Таким чином медичну помилку можливо уявити як випадковий збіг обставин або наслідок

гистологическими признаками фиброэластоза и дисплазии миокарда оперативное вмешательство прогностически неблагоприятно: процедуры Норвуд из-за функциональной несостоятельности ПЖ, а фетальной вальвулоластики в связи с фиброэластозом, препятствующему пространственному росту структур гипоплазированного миокарда после устранения клапанной патологии. Таким образом, для процедуры Норвуда подходит только 18,2% новорожденных с СЛГС, приблизительно столько же 19,2% (плодов) для фетальной аортальной вальвулопластики. С учетом того, что в Украине последняя не проводится, только 18% детей имеют шанс выжить.

#### Список использованной литературы

1. Постанова кабінету міністрів України від 15 лютого 2006 року № 144 про реалізацію статті 221 цивільного кодексу України.
2. Wisler J, Khoury PR, Kimball TR. The effect of left ventricular size on right ventricular hemodynamics in pediatric survivors with hypoplastic left heart syndrome. J. Am. Soc. Echocardiogr. 2008; 21: 464-469.
3. Hoffman J, Kaplan S, Liberthson R. Prevalence of congenital heart disease. 2004;147/3:425-439.
4. Pedra CA. Fetal interventions for congenital heart disease in Brazil. Pediatr Cardiol. 2014; 35: 399-405.
5. Закон України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» від 28 лютого 2019 року №2694-VIII.
6. Ballard G, Tibby S, Miller O, Krasemann T, Rosenthal E, Anderson A, et al. Growth of left heart structures following the hybrid procedure for borderline hypoplastic left heart. Eur. J. Echocardiogr. 2010; 11:870-874.
7. Bautista-Hernandez V, Marx GR, Gauvreau K, et al. Coarctectomy reduces neo-aortic arch obstruction in hypoplastic left heart syndrome. J. Thorac. Cardiovasc Surg. 2007;133/6:1540-1546.
8. Crucean A., Alqahtani A., Barron D.J., Brawn W.J., Richardson R.V., O'Sullivan J., Anderson R.H., Henderson D.J. and Chaudhry B. Re-evaluation of hypoplastic left heart syndrome from a developmental and morphological perspective. Orphanet Journal of Rare Diseases (2017) 12:138.
9. Savchuk T, Zakharova V, Leshchenko I. Hypoplastic left heart syndrome: pathological types of left ventricle. The scientific method. 2017;3: 27-37.

та правильне харчування, забути за зловживання алкоголем та нікотинними виробами, і найголовніше – не бути інфантильними щодо стану свого здоров'я!

#### Список використаних джерел

1. [http://www.oblises.zp.ua/comment.php?n\\_id=1650](http://www.oblises.zp.ua/comment.php?n_id=1650)
2. <http://uofter.gov.ua/ua/news-1-0-223-statistika-onkologichnih-zahvoryuvan-v-ukraini>
3. <https://www.bbc.com/ukrainian/news-38733122>
4. <https://tkoz.sumy.ua/zahvorjuvannja-organiv-travnoi-sistemi/>
5. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0438282-10>

#### Галіч Вікторія-Світлана Миколаївна

студентка 6 курсу медичного факультету №3

#### Ющенко Вікторія Олександрівна

лікар загальної практики сімейної медицини Музичанська медична амбулаторія Київської області

#### Артеменко Олексій Іванович

асистент кафедри судової медицини та медичного права НМУ імені О.О. Богомольця

#### РЕЄСТРАЦІЯ БІОЛОГІЧНОЇ СМЕРТІ

#### В ПРАКТИЦІ ЛІКАРІВ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ,

#### ПРАВОВІ АСПЕКТИ ТА ЗАКОНОДАВЧА РЕГЛАМЕНТАЦІЯ

Біологічна смерть – єдиний можливий варіант завершення існування будь-якої живої істоти. Питання смерті має численні аспекти та овіяно завісою таємничості та невідомого. Людина – єдина істота, яка усвідомлює свою смертність і може робити її предметом роздумів. Але факт власної смерті сприймається людиною не як безперечна істина, а викликає, як правило, емоційне потрясіння, зачіпає найбільші глибини її внутрішнього світу.

Біологічна смерть людини окрім складних емоційних переживань має певні організаційні моменти пов'язані з реєстрацією та документальним оформленням.

Відповідно до роз'яснення Міністерства юстиції України стосовно «Порядку державної реєстрації смерті». [1] Державна реєстрація смерті проводиться органом державної реєстрації актів цивільного стану на підставі документа встановленої форми про смерть, виданого закладом охорони здоров'я чи судово-медичною установою; рішення суду про встановлення факту смерті особи в певний час або про оголошення її померлою.

Заява про державну реєстрацію смерті подається не пізніше трьох днів

з дня настання смерті або виявлення трупа, а в разі якщо неможливо одержати документ закладу охорони здоров'я або судово-медичної установи, – не пізніше п'яти днів.

Державна реєстрація смерті за заявою, поданою у вищевказані строки, проводиться за останнім місцем проживання померлого, за місцем настання смерті чи виявлення трупа або за місцем поховання. У разі надходження заяви після закінчення одного року з дня настання смерті та, якщо факт смерті встановлено у судовому порядку або особа оголошена судом померлою, державна реєстрація смерті проводиться за місцем проживання заявника.

У разі настання смерті в дорозі (у поїзді, на судні, в літаку тощо) державна реєстрація смерті може бути проведена в найближчому органі державної реєстрації актів цивільного стану.

Заявник повинен пред'явити паспорт або паспортний документ, проте відсутність зазначеного документа не є підставою для відмови в державній реєстрації смерті.

Орган державної реєстрації актів цивільного стану, який реєструє смерть, вилучає паспорт або паспортний документ померлого, а також його військово-облікові та пільгові документи і проставляє в них відповідний штамп про смерть власника. Непередача зазначених документів не є перешкодою для державної реєстрації смерті.

На підтвердження проведеної державної реєстрації смерті орган державної реєстрації актів цивільного стану видає відповідне свідоцтво та витяг з Державного реєстру актів цивільного стану громадян про смерть для отримання допомоги на поховання. У разі державної реєстрації смерті виконавчим органом сільської, селищної, міської (крім міст обласного значення) ради видається довідка для отримання допомоги на поховання.

Такі основні вимоги до державної реєстрації смерті.

Тобто держава вважає людину померлою після оформлення уповноваженими установами державного Свідоцтва про смерть, яке в більшості випадків, окрім визнання особи померлою в судовому порядку, оформлюється на основі Лікарського свідоцтва про смерть.

Правова регламентація оформлення Лікарського свідоцтва про смерть ґрунтується на основі Інструкції МОЗ України щодо заповнення та видачі лікарського свідоцтва про смерть (форма №106/о) [2]

Основні особливості заповнення вказаного документу відповідно до інструкції наведені нижче.

Для забезпечення реєстрації смерті в органах реєстрації актів цивільного стану закладом охорони здоров'я видається лікарське свідоцтво про смерть (форма №106/о).

Лікарське свідоцтво про смерть видається такими закладами охорони здоров'я: лікарнями, амбулаторно-поліклінічними закладами, диспансерами, пологовими будинками, санаторіями, патолого-

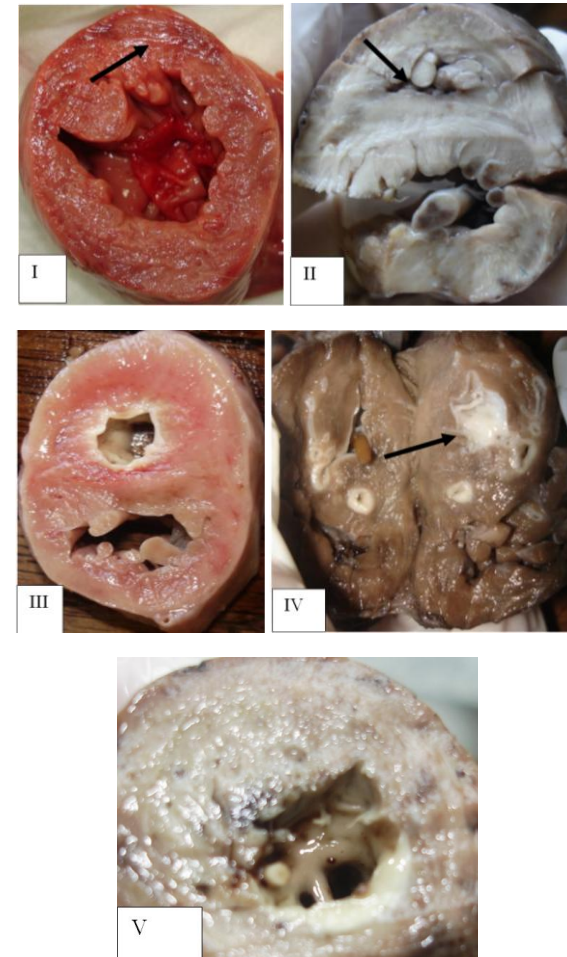


Рис. 1. Поперечные срезы сердец с СЛГС. Левые желудочки (I-V) типов (стрелка)

Исходя из вышеизложенного, для первого этапа хирургической коррекции новорожденных (процедуры Норвуд) подходит только один из описанных пяти типов ЛЖ I, благодаря наименьшим размерам ЛЖ и функционально сохранному ПЖ. Для внутриутробной коррекции фетальной аортальной вальвулопластики подходят желудочки II типа с наименьшей степенью гипоплазии ЛЖ и нормальной структурой миокарда. Процедуру Норвуда в данном случае применять нецелесообразно, именно в связи с большими размерами ЛЖ, при исключении которого из кровотока он становится балластной массой, для единственного работающего ПЖ. При ЛЖ III, IV, V типов с

особенностях ЛЖ нами были выделены пять типов ЛЖ при СЛГС (рис. 1). **I тип:** щелевидно-гипопластический тип: ЛЖ наименьших размеров (частота наблюдений 18,2%). При максимальной гипоплазии ЛЖ ПЖ имел наибольшие размеры и был сохранен функционально. **II тип:** щелевидно-гипертрофический тип: ЛЖ с наименьшей гипоплазией и гипертрофией его стенок (частота наблюдений 19,2%). **III тип:** цилиндрический тип ЛЖ с полостью цилиндрической формы, наличием фиброэластоза, гипертрофией стенки ЛЖ (частота наблюдений 42,4%). **IV тип:** лакунарный тип ЛЖ с тонким компактным и диспластичным гиперплазированным трабекулярным миокардом ЛЖ, пронизанным извитыми каналами-полостями, выстланными фиброзированным эндокардом (частота наблюдений 6,1%). **V тип:** лакунарно-цилиндрический тип ЛЖ – с фиброэластозом и гипертрофированными стенками, в апикальной и средней частях сердца полость ЛЖ пересекают многочисленные трабекулы, идущие от стенки к стенке (частота наблюдений 14,1%). ПЖ в сердцах II, III, IV, V типов был обычных размеров, а в ПЖ сердец III, IV, V типов отмечались явления воспаления, фиброза.

#### **Анализ результатов и выводы.**

Выявить морфологические отличия типов ЛЖ можно внутритрубно. Зарубежными авторами были описаны три подгруппы ЛЖ при СЛГС: щелевидные ЛЖ, миниатюрные ЛЖ и утолщенные ЛЖ с фиброэластозом [8]. Несмотря на существенные отличия типов с фиброэластозом, в этой группе не выделяли подгруппы и наличие фиброэластоза считали неблагоприятным маркером, а данные случаи, как не подлежащие хирургической коррекции [9]. Исключение типов с фиброэластозом, установленного путем проведенного УЗИ, из любого вида лечения, по-видимому, и объясняет высокий процент выживаемости (76%) по данным зарубежных авторов.

В зависимости от выявленного на УЗИ типа строения решается вопрос врачебной тактики, сопряженный не только с медицинскими, но и этическими проблемами: прерывать беременность до 22 недель гестации, делать фетальную аортальную вальвулопластику или сохранять беременность с последующей коррекцией в период новорожденности. Однако, не принимая во внимание наличие разных типов с фиброэластозом, увеличивается количество ошибок пренатальной УЗ диагностики в определении типа ЛЖ (особенно при идентификации I и V типов), при том, что прогноз отличается кардинально.

анатомічними бюро, бюро судово-медичної експертизи.

У містах, селищах міського типу, населених пунктах сільської місцевості в закладах охорони здоров'я, у яких працюють не менше двох лікарів, видаються тільки лікарські свідоцтва про смерть. У сільських населених пунктах у закладах охорони здоров'я, де працює тільки один лікар, у разі його відсутності (хвороба, відпустка і таке інше), фельдшером видається фельдшерська довідка про смерть (форма №106-1/о).

Перший примірник лікарського свідоцтва про смерть видається родичам померлого чи іншим особам, які зобов'язалися поховати померлого, другий примірник лікарського свідоцтва про смерть залишається в закладі охорони здоров'я. Видача трупа без лікарського свідоцтва про смерть забороняється.

Другі примірники лікарського свідоцтва про смерть залишаються в закладі охорони здоров'я та зберігаються один рік, після чого підлягають знищенню.

Бланки обох примірників лікарських свідоцтв про смерть брошуруються і у вигляді книги зберігаються у головного лікаря (керівника) закладу охорони здоров'я, його заступника або в завідувача районного, міжрайонного та міського відділу або відділення патолого-анатомічного бюро та бюро судово-медичної експертизи.

Лікарське свідоцтво про смерть видається лікарем медичного закладу, що лікував померлого, на підставі спостережень за хворим і записів у медичній документації, які відображали стан хворого до його смерті, або патологоанатомом на підставі вивчення медичної документації і результату розтину.

У разі, якщо смерть настала внаслідок дії зовнішніх факторів (травми, асфіксії, дії крайніх температур, електричного струму, отруєнь тощо), після штучного абортів, проведеного поза межами медичного закладу, смерті на виробництві, при раптовій смерті дітей першого року життя та інших осіб, які не перебували під медичним наглядом, померлих, особа яких не встановлена, а також у тих випадках, коли є підозра на насильницьку смерть, лікарське свідоцтво про смерть видається судово-медичним експертом після розтину.

Забороняється видача лікарського свідоцтва про смерть заочно, без особистого встановлення лікарем факту смерті. У виняткових випадках свідоцтво про смерть може бути видано лікарем, який встановив смерть тільки на підставі огляду трупа (при відсутності ознак або підозри на насильницьку смерть) та даних медичної документації про наявність у померлого при житті хвороб, які в своєму перебігу могли призвести до настання смерті.

Патологоанатом та судово-медичний експерт як правило, видають лікарське свідоцтво про смерть на підставі розтину трупів.

Заповнення лицевої частини бланку лікарського свідоцтва про смерть,

яка містить переважно паспортні дані, потребує уважності та акуратності. Особливої уваги слід приділити пунктам зазначеним на звороті бланку. Вказані пункти мають статистично-звітний характер заповнюються на основі Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду (далі – МКХ-10) і потребують певного алгоритму заповнення.

Пункту 9 лікарського свідоцтва про смерть, який заповнюється наступним чином:

– якщо основна причина смерті кодується в межах I-XVII класів за МКХ-10, вибирається – 1 (захворювання);

– якщо основна причина смерті кодується в межах XVIII класу за МКХ-10, вибирається – 2 (не уточнені причини смерті);

– якщо основна причина смерті кодується в межах класів V01-X59 за МКХ-10, вибирається – 3, 4 (нещасний випадок поза виробництвом, нещасний випадок у зв'язку з виробництвом);

– якщо основна причина смерті кодується в межах класу X60-X84 за МКХ-10, вибирається – 5 (навмисне самоушкодження);

– якщо основна причина смерті кодується в межах класів X85-Y09 за МКХ-10, вибирається – 6 (наслідки нападу);

– якщо основна причина смерті кодується в межах класу Y10-Y34 за МКХ-10, вибирається – 7 (випадки ушкодження з невизначеним наміром);

– якщо основна причина смерті кодується в межах класу Y35-Y36 за МКХ-10, вибирається – 8 (ушкодження внаслідок дій, передбачених законом, та воєнних операцій);

– якщо основна причина смерті кодується в межах класу Y40-Y84 за МКХ-10, вибирається – 9 (ускладнення внаслідок терапевтичної та хірургічної допомоги);

– якщо основна причина смерті кодується в межах класу Y85-Y89 за МКХ-10, вибирається – 10 (віддалені наслідки зовнішніх причин захворюваності та смертності).

У пункті 11 лікар указує свої прізвище, ім'я, по батькові, посаду і зазначає підставу, яка дає змогу визначити послідовність патологічних процесів, які призвели до смерті, і вказує причину смерті.

Основною (первинною) причиною смерті потрібно вважати хворобу або травму, що призвела до розвитку хворобливих процесів, які спричинили смерть, або наслідки нещасного випадку чи насильства, що стали причиною смерті.

У частині I пункту 11 у рядку "а" записується хвороба або стан, що безпосередньо призвела до смерті, у рядках "б", "в", "г" зазначаються патологічні стани (якщо такі були), що зумовили безпосередню причину смерті (згадану вище); основна причина смерті вказується в останню чергу. Під безпосередньою причиною смерті потрібно розуміти хворобу або стан, що безпосередньо викликали смерть.

**Савчук Татьяна Васильевна,**  
кандидат медицинских наук, доцент,  
кафедра патологической анатомии №2  
НМУ имени А.А. Богомольца  
**Лещенко Иван Вячеславович,**  
ассистент, кафедра физиологии,  
НМУ имени А.А. Богомольца

## **СИНДРОМ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ГИПОПЛАЗИИ СЕРДЦА. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ**

**Вступление.** Синдром левосторонней гипоплазии сердца (СЛГС) врожденный порок развития, включающий атрезию или выраженную гипоплазию устья, или клапана аорты с гипоплазией восходящей части аорты и дефект развития левого желудочка (ЛЖ) со стенозом или атрезией митрального клапана.

Согласно протоколу ведения беременности плановое УЗИ, целью которого является выявить пороки развития плода и при необходимости прервать беременность, проводится до 22 недели внутриутробного развития [1]. Перечень заболеваний, рекомендованных к прерыванию беременности, включает врожденные пороки сердца неподлежащие хирургической коррекции. В случае отказа родителей от прерывания беременности распространенным способом хирургического лечения остается сложная трехэтапная паллиативная реконструкция, первый этап которой проводится в период новорожденности – процедура Норвуда [2]. В результате из кровотока исключается ЛЖ и кровообращение обеспечивается одним правым желудочком (ПЖ). При естественном течении СЛГС смертность составляет 100% [3]. При внутриутробном выявлении СЛГС, проводятся попытки внутриутробной его коррекции фетальная аортальная вальвулопластика, суть которой сводится к устранению стеноза или атрезии аортального клапана [4]. Радикальным хирургическим лечением остается трансплантация сердца, однако существует проблема поиска донорских сердец новорожденных, что сопряжено с правовыми и этическими вопросами [5].

Статистические данные выживаемости после коррекции существенно отличаются. Согласно данным Мичиганского университета за период с января 1990 года по ноябрь 1997 показатели выживаемости больных после операций Норвуда составили 76% [6]. Свидетельства авторов за 1997-2001 годы говорят о том, что после первого этапа многоэтапной хирургической коррекции летальность в течение 30 дней составила 22% [7]. Тогда как нашими авторами описаны единичные случаи выживаемости.

**Цель** данного исследования раскрыть этические проблемы СЛГС.

**Результаты исследования.** Нами были изучены 36 сердец плодов и 63 сердца новорожденных. Основываясь на морфологических

підходу до кожного користувача з урахуванням інтегрованих (об'єктивно-суб'єктивних) показників. Дуже мало додатків з використанням зворотного зв'язку для віртуальних консультацій.

**Conclusions.** The use of medical gadgets, mobile applications and service platforms to record and control physiological indicators that characterize human health is a very important area in the development of modern information communication systems for personalized mobile medicine.

The disadvantages of Android-S Health platforms, Google Fit, Research Kit, Win Phone are that they cannot analyze user-generated data and provide evidence-based medical recommendation using evidence-based medicine. There is also no individual approach to each user, taking into account integrated (objectively subjective) indicators. There are very few applications using feedback for provision of virtual consultations.

### Список використаних джерел

1. Абдулаев В. Г., Аскеров Т. К., Чуба И. В. Мобильные приложения для здоровья [Текст] *Радиоэлектроника и информатика*. 2014. Т. 1, № 64.  
2. Дорош Н. В., Бойко О. В., Заячківська О. С. Вербально-фізіологічні методи оцінювання стану здоров'я та стилю життя студентів з використанням інформаційно-комп'ютерних технологій та мобільних медичних гаджетів [Текст] *Медична інформатика та інженерія*.- 2016. №1. С.65-66.  
3. Дорош Н. В., Бойко О. В., Кучмії Г. Л., Дорош О. І. Розробка модульної концепції інформаційно-комунікаційної системи для задач охорони здоров'я [Текст] *Матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції "Фізико-технологічні проблеми передавання, обробки та зберігання інформації в інфокомунікаційних системах"*. Чернівці, 2016. С. 255-256.  
4. Дорош О. И. Медицинское мобильное устройство на базе ОС ANDROID [Text] *Вестник НТУ "ХПИ". Серия: Информатика та моделювання*. Харьков: НТУ "ХПИ", 2015. № 32 (1141). С.60-68.

5 Мінцер О. П., Шевченко Я. О. Особливості діагностики стану здоров'я пацієнта з позиції мобільної медицини. Постановка проблеми [Текст] *Медична інформатика та інженерія*. 2016. № 4 С. 31-36.

6. [https://zakon.rada.gov.ua/laws/term/22953&ved=2ahUKEwj14sbfze71AhV55KYKHwSC1IQFjACegQIARAB&usq=AOvVaw2OkodhSozqrVKi1sO\\_jH9R](https://zakon.rada.gov.ua/laws/term/22953&ved=2ahUKEwj14sbfze71AhV55KYKHwSC1IQFjACegQIARAB&usq=AOvVaw2OkodhSozqrVKi1sO_jH9R)

7. <http://synergy.ua/ua/mob-prilozhenia-i-intel-sobstvennost/>

У деяких випадках основне захворювання і безпосередня причина смерті можуть збігатися.

У кожному рядку повинно бути записано тільки одне захворювання або патологічний стан.

Зазначення приблизного інтервалу (хвилини, години, тижні, місяці або роки) між початком захворювання та смертю допомагає лікареві правильно вибрати код причини смерті.

У частині II свідоцтва записуються інші суттєві стани або захворювання, які сприяли настанню смерті, але не були пов'язані із хворобою чи станом, що безпосередньо призвели до смерті. У цьому пункті потрібно вказати дату операції, інфаркту міокарда, інсульту, термін вагітності, якщо такі мали місце.

Код за МКХ-10 у квадратіку ліворуч на лікарському свідоцтві про смерть проставляє той лікар, який безпосередньо заповнює свідоцтво.

При записі захворювання не можна допускати неточностей, обмежуватись загальними виразами або зазначенням симптомів замість повного діагнозу, а також використовувати абрєвіатуру, скорочення тощо. Потрібно вказати форму, стадію, локалізацію захворювання.

Запис про видачу лікарського свідоцтва про смерть (його дата, номер, причина смерті) повинен бути зроблений у відповідних медичних документах: "Медичній карті стаціонарного хворого" (форма №003/о), "Історії пологів" (форма №096/о), "Протоколі (карті) патолого-анатомічного дослідження" (форма №013/о), які затверджені наказом МОЗ України від 26.07.99 №184 "Про затвердження форм облікової медичної документації, що використовується в стаціонарах лікувально-профілактичних закладів" (зі змінами), "Медичній карті амбулаторного хворого" (форма №025/о), яка затверджена наказом МОЗ України від 27.12.99 №302 "Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в поліклініках (амбулаторіях)", "Акті судово-медичного дослідження (обстеження)" (форма №171/о), який затверджено наказом МОЗ України від 05.08.99 №197 "Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в закладах охорони здоров'я".

Лікарі первинної ланки в силу особливостей надання медичної допомоги населенню на первинному етапі досить часто стикаються з необхідністю констатації біологічної смерті та оформленням відповідних документів.

Настання смерті поза межами лікувальних установ завжди має пересторогу стосовно насильницької смерті.

Насильницька смерть – одна з категорій смерті, передбачених соціально-правовою класифікацією походження смерті. Насильницькою смертю прийнято називати смерть, що настає від механічних ушкоджень, таких, як дія тупих предметів, у тому числі транспортна

травма, падіння з висоти, дія гострих предметів, вогнепальної зброї), асфіксії, дії крайніх температур, електричного струму, променевої енергії, низького та високого атмосферного тиску, отруєнь тощо.

За типами впливу на людину факторів зовнішнього середовища відрізняють:

– механічні фактори – ніж, кастет, вогнепальний снаряд, камінь, автомобіль тощо;

– фізичні фактори – висока або низька температура, високий або низький атмосферний тиск, асфіксії, отруєнь, дії електричного струму, радіоактивного випромінювання, інших видів випромінювання (лазерного, СВЧ та ін.);

– хімічні фактори – кислоти, луги, різні отруйні речовини.

При цьому для визначення категорії смерті неважливо, хто саме застосовує зовнішній фактор впливу до людини – будь-хто сторонній, сам померлий або нещасний випадок. Найголовніше, що смерть настає від зовнішнього впливу, яке не пов'язане з наявними у людини захворюваннями.

З метою запобігання приховуванню випадків насильницької смерті та належного їх виявлення, Міністерством внутрішніх справ України, Міністерством охорони здоров'я України та Генеральною прокуратурою України було розроблено Порядок взаємодії між органами та підрозділами Національної поліції, закладами охорони здоров'я та органами прокуратури України при встановленні факту смерті людини, та впроваджено відповідний порядок Назом [3].

Вказаний документ передбачає наступний порядок дії працівників закладів охорони здоров'я, в тому числі і лікарів первинної ланки, при встановленні факту смерті людини:

Працівники закладів охорони здоров'я у разі надходження повідомлення про смерть людини негайно повідомляють органи та підрозділи Національної поліції за телефоном екстреного виклику (102) про кожен випадок установлення ними факту смерті людини незалежно від місця її настання, у тому числі породіль та новонароджених дітей, за винятком смерті від захворювань у закладах охорони здоров'я.

У випадках повідомлення органів та підрозділів Національної поліції про смерть людини за наявності ознак насильницької смерті або підозри на таку до приїзду працівників поліції на місце події працівникам закладів охорони здоров'я забороняється порушувати обстановку за місцезнаходженням трупа, переміщати його, дозволяти такі дії присутнім на місці події особам, у тому числі родичам померлих, видавати лікарське свідоцтво про смерть або фельдшерську довідку про смерть

У разі смерті людини за місцем її проживання без ознак насильницької смерті або підозри на таку на місце події виїжджає лікар, а у випадках, передбачених наказом № 545, фельдшер закладу охорони здоров'я, який

на українські рахунки. Причина полягала у тому, що банки для зарахування валюти резиденту України у списку вимог зазначали наявність підписаного договору і акту приймання-передачі послуг. Між перспективою чекати на підписаний договір і акт від компанії Google і можливістю виводити гроші на іноземні юридичні особи звісно ж в більшості випадків обирався другий варіант.

Станом на сьогодні, Національний банк України надав роз'яснення, у яких визначив, що рахунок, виставлений резидентом України за послуги, надані нерезиденту в мережі Інтернет, є достатньою підставою для того, щоб вважати послугу наданою.

Таким чином, українські розробники мають можливість зареєструвати юридичну особу або стати на облік як фізична особа-підприємець і отримувати легальні прибутки від реалізації мобільних додатків он-лайн. При цьому таку діяльність можна здійснювати за спрощеною системою оподаткування.

Окрім необхідності забезпечення належного захисту власних прав інтелектуальної власності, важливо також не порушувати чужі.

У будь-якому випадку у разі комерційного успіху мобільного додатка існує дуже висока вірогідність того, що порушення “впливе” на поверхню, а правовласник вимагатиме вирішення питання згідно з законом. До того ж поширення мобільного додатка з порушенням чужих прав у рамках, наприклад, Google Play і Apple Store, у кращому випадку, може призвести до блокування додатка. Також наслідком таких дій буде блокування акаунту.

Приклади мобільних додатків:

– “Medication Reminder & Pill Tracker”;

– “Diabetes:M”;

– “Bugs & Drugs”;

– “Helsi.Me”;

– “Blood Pressure Log”;

– “eGFR Calculators Pro: Estimate Renal Function”;

– “Pregnancy Calculators: Due Date & Gestational Age”;

– “Prostate Calculator Pro: Volume and Density”;

– “BMI Calculators Pro: Body Mass Index & Ideal Body” та ін.

**Висновки.** Застосування медичних гаджетів, мобільних додатків та сервісних платформ для реєстрації та контролю фізіологічних показників, що характеризують стан здоров'я людини, є дуже важливим напрямком при побудові сучасних інфокомунікаційних систем персоналізованої мобільної медицини.

Недоліки Android-S Health платформ, Google Fit, Research Kit, Win Phone в тому, що вони не можуть аналізувати дані, отримані від користувача і давати рекомендації, засновані на медичній практиці з використанням методів доказової медицини. Також немає індивідуального



створення мобільних додатків в медицині; розглянути перелік уже наявних медичних додатків.

Право інтелектуальної власності являється правом фізичних або юридичних осіб на результати своєї інтелектуальної діяльності та прирівняні до них засоби індивідуалізації продукції, виконаних робіт чи послуг, яке регулюється законами громадянського, авторського і патентного права.

Україна входить до складу Всесвітньої організації інтелектуальної власності (ВОІВ), частини системи ООН.

Пріоритетність новітньої системи охорони здоров'я, проблеми охорони об'єктів патентування в сфері медицини вимагають прискіпливої та постійної уваги з боку суспільства – з позиції збереження людської популяції та з позиції мотивування еволюції медицини.

На даний час в медицині дуже активно використовуються мобільні додатки з метою зробити кваліфіковану *медичну* допомогу комфортною і доступною як для *пацієнтів*, так і для лікарів.

Основним об'єктом авторського права в мобільному додатку безумовно є вихідний програмний код. Крім цього, також можуть бути наявні й інші об'єкти: графічні зображення, дизайн, музичні композиції, відеоролики, торговельні марки та інше. Згідно з Бернською конвенцією, до якої на сьогоднішній день приєдналася 171 країна, включаючи Україну, авторські права виникають з моменту створення продукту та не вимагають виконання будь-яких формальностей, у тому числі реєстрації.

Як правило, до створення програмного коду залучається безліч розробників. Необхідно з кожним із розробників укладати письмовий договір, який може бути трудовим або цивільно-правовим. Варто також потурбуватися про те, щоб у кожному з договорів чітко зазначалося, що замовнику передаються виключні майнові права на програмний код у повному обсязі. Це дозволить практично без обмежень розпоряджатися результатами розробки.

У договорах потрібно вказувати, що автор програмного коду (як і будь-якого іншого об'єкта авторського права) бере під свою відповідальність усі претензії третіх осіб, пов'язані з авторськими правами на об'єкт. Якісно прописані положення про відповідальність дозволять захиститися від негативних наслідків того, коли автор свідомо чи через незнання «запозичує» окремі елементи з інших робіт і видає їх за свої.

За останні три роки час, який людина витрачає на свій смартфон, зріс на 575% і майже 80% з нього витрачається на мобільні додатки. Звісно ж така динаміка стає вагомим підґрунтям для пошуку методів монетаризації.

Раніше дуже великою проблемою було питання монетизації використання додатків.

Донедавна українські розробники, які продавали свої додатки, наприклад, у Google Play, не мали можливості отримувати свій прибуток

констатує факт смерті, проводить огляд трупа, за результатами якого інформує органи та підрозділи Національної поліції та адміністрацію закладу охорони здоров'я, що забезпечує потреби населення у медичному обслуговуванні на відповідній території, про можливість встановлення причини смерті без патологоанатомічного розтину та видачі лікарського свідоцтва про смерть (фельдшерської довідки про смерть).

У разі смерті людини поза межами закладів охорони здоров'я, коли лікарське свідоцтво про смерть (фельдшерську довідку про смерть) було видано без патологоанатомічного розтину, лікар (фельдшер) закладу охорони здоров'я, який видав зазначене(у) у пункті 2 цього розділу свідоцтво (довідку), надсилає до органу та підрозділу Національної поліції, на території обслуговування якого знаходиться заклад охорони здоров'я, копію лікарського свідоцтва про смерть (фельдшерської довідки про смерть), завірену печаткою цього закладу охорони здоров'я, упродовж трьох днів з дати констатації факту смерті (за винятком смерті від захворювань у закладах охорони здоров'я).

Не дивлячись на численні сучасні дослідження питання смерті та неминучість даної події людина всім своїм іством не бажає усвідомлювати та сприймати смерть як неминучість.

Медичні працівники які в міру своєї професійної діяльності регулярно стикаються зі смертю мають проявляти обізнаність, уважність та неупередженість в даному питанні.

#### Список використаних джерел

1. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/n0073323-11>
2. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/z1152-06>
3. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/z1299-17>

**Гладіліна Олена Володимирівна**

аспірантка кафедри

криміналістики та судової медицини

Національної академії внутрішніх справ

#### ДО ПИТАННЯ ОЦІНКИ ВИСНОВКУ ЕКСПЕРТА ПІД ЧАС РОЗСЛІДУВАННЯ УМИСНИХ ВБИВСТВ

Відповідно до ч. 2 ст. 84 Кримінального процесуального кодексу України (надалі – КПК України) одним із видів процесуальних джерел доказів є висновок експерта, який відрізняється від інших тим, що утворюється іншими спеціальними суб'єктами (експертами) за допомогою застосування спеціальних знань, наукових та технічних засобів, методів дослідження. Так, відповідно до ч. 1 ст. 94 КПК України слідчий, прокурор та суд за своїм внутрішнім переконанням, яке ґрунтується на всебічному, повному й неупередженому дослідженні всіх обставин

кримінального провадження, керуючись законом, оцінюють кожен доказ з точки зору належності, допустимості, достовірності, а сукупність доказів – з точки зору їх достатності та взаємозв'язку для прийняття відповідного процесуального рішення [2].

Правильне оформлення процесуального документа є гарантією об'єктивності і достовірності висновку експерта, а порушення правил оформлення може поставити під сумнів результати проведеного дослідження. Відповідно до ст. 102 КПК України у висновку експерта повинно бути зазначено: коли, де і ким (ім'я, освіта, спеціальність, свідоцтво про присвоєння кваліфікації судового експерта, стаж експертної роботи, науковий ступінь, вчене звання, посада експерта) та на якій підставі була проведена експертиза; місце і час проведення експертизи; хто був присутній при проведенні експертизи; перелік питань, які були поставлені експерту; опис отриманих експертом матеріалів; докладний опис проведеного дослідження, в тому числі методи, які використані в дослідженні, отримані результати та їх експертна оцінка; обґрунтовані відповіді на кожне з поставлених питань [3].

Крім того, у висновку експерта обов'язково повинен бути відображений факт попередження експерта про кримінальну відповідальність за завідомо неправдивий висновок та за відмову в проведенні експертизи без поважних причин. В Інструкції проведення судово-медичної експертизи, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України № 6 від 17 січня 1995 (далі – Інструкція) позначено, що результати судово-медичної експертизи оформлюються документом, який має назву «Висновок експерта». Відповідно до п. 3.2 Інструкції, структура висновку експерта складається з вступної, дослідної частини і висновків [4].

Що ж стосується самої оцінки висновку експерта, то визначення належності доказів представлено в ст. 85 КПК України - це докази, які прямо або побічно підтверджують існування чи відсутність обставин, що підлягають доказуванню в кримінальному провадженні, та інших обставин, які мають значення для кримінального провадження, а так само достовірності або не достовірності, можливості або неможливості використання інших доказів. Допустимість доказів – це їх отримання відповідно до процесуального законодавства. Якщо такі докази не допустимі, то суд не має право на нього посилатися і приймати на підставі нього процесуальне рішення (ст. 86 КПК).

Поняття достовірності доказів, в тому числі і висновку експерта законодавчо не закріплено. Так, наприклад які докази визнаються не допустимими закріплено в ст.ст. 87-89 КПК України, а ось процедура по відношенню до визнання доказів не достовірними в КПК України немає. Визначення достовірності доказів, а особливо висновку експерта на сьогоднішній день викликає безліч дискусій, так як вона передбачає вивчення його змісту. Для того, щоб зробити оцінку висновку експерта з

з медичної психології.

Отже, практикувати та викладати медичну психологію мають право виключно особи, що мають:

а) закінчену вищу освіту за спеціальністю 225 "Медична психологія" (чи аналогічну спеціальність згідно зі вказаним класифікатором).

б) особи, що мають ступінь кандидата/доктора наук за спеціальністю 19.00.04 "Медична психологія"

с) особи що мають відповідну освіту в галузі знань 22 "Охорона здоров'я" та післядипломну перекваліфікацію (спеціалізація з медичної психології на сьогодні допустима) за спеціальністю 225 "Медична психологія".

Решта варіантів є такими, що суперечать чи не узгоджуються з чинним законодавством, а відповідно діяльність інших фахівців у напрямку "медичної психології", може розглядатись як така, що містить ознаки порушення законодавства України.

#### Список використаних джерел

1. Закон України «Про вищу освіту», редакція № від 09.08.2019.
2. Постанова КМУ від 29 квітня 2015 р. № 266 «Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти».
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15 квітня 2008 року №199 «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу».

**Савчук Тетяна Леонідівна**

студентка 5213 групи

2 медичного факультету

НМУ імені О.О.Богомольця

**Науковий керівник**

**Ткаченко Олександр Петрович**

асистент кафедри клінічної

фармакології та клінічної фармації

НМУ імені О.О. Богомольця

#### ПРАВО ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ У МЕДИЦИНІ ПРИ СТВОРЕННІ МЕДИЧНИХ ДОДАТКІВ

**Актуальність роботи.** З розвитком мобільних технологій та поширенням смартфонів практично будь-яка індустрія знайшла шляхи реалізації своєї діяльності, використовуючи мобільні додатки. Медицина не стала виключенням. Нині існує безліч програм, покликаних організувати і спростити належне надання медичної допомоги.

**Мета роботи.** Дослідити правову і економічну сторону питання

Медичної психології здійснюється відповідно переліку спеціальностей. Спочатку здобуття магістерського рівня вищої освіти, а ділі проходження інтернатури для отримання відповідної спеціалізації та можливості практичної діяльності уже як лікар – психолог. Підготовка за іншими спеціальностями галузі 22 "Охорона здоров'я" не є достатньою для виконання професійної діяльності лікаря-психолога, однак вона може бути доповнена на етапі післядипломної перепідготовки.

Кожен з етапів підготовки за спеціальністю 225 Медична психологія повинен здійснюватися у вищих навчальних закладах які мають окрім загальних, ще й спеціалізовані підрозділи чи кафедри, що будуть забезпечувати викладання профільних дисциплін, та здобуття всіх необхідних знань та навичок майбутнього лікаря-психолога.

Закон «Про вищу освіту» зазначає, що «Кафедра – це базовий структурний підрозділ закладу вищої освіти державної (комунальної) форми власності (його філій, інститутів, факультетів), що провадить освітню, методичну та/або наукову діяльність за певною спеціальністю (спеціалізацією) чи міжгалузевою групою спеціальностей. Науково-педагогічні, наукові та педагогічні працівники закладу вищої освіти зобов'язані: забезпечувати викладання на високому науково-теоретичному і методичному рівні навчальних дисциплін відповідної освітньої програми за спеціальністю, провадити наукову діяльність (для науково-педагогічних працівників) [1].

Відповідно до вказаного положення на одній кафедрі можуть працювати науково-педагогічні працівники з різних галузей знань, однак вони можуть викладати виключно за своєю спеціальністю. Схожі вимоги висувуються і до керівників факультетів та кафедр, відмінність лише в тому, що їх вчене звання має відповідати профілю факультету або кафедри. Тобто завідувач кафедри зобов'язаний мати компетенції за профілем кафедри та змогу оцінити якість викладання своїми працівниками, а декан факультету – мати науковий ступінь/звання по хоча б одному з профілів свого факультету.

Відповідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 15 квітня 2008 року № 199 «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу», де лікар-психолог - фахівець, який має повну вищу освіту (магістр, спеціаліст) за напрямом підготовки "Медицина", спеціалізацію за фахом "медична психологія", має право на: діагностику, корекцію психічного стану людини, її особистості, реабілітацію, профілактику психічних розладів (медико-психологічна діагностика, корекція, профілактика, реабілітація) [3].

Окрім цього, компетенції фахівців в медицині регулюються Класифікатором професій України ДК 003:2010, Довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» в якому лікар-психолог вказаний як єдиний фахівець

точки зору достовірності, на думку А. М. Петрухіної, потрібно виділити наступні складові: 1) достатність матеріалу і його якість, яке було представлено експерту для дослідження; 2) правильність наданих експерту вихідних даних; 3) надійність застосування експертом методики; 4) повнота проведеного експертом дослідження; 5) аргументованість висновків; 6) узгодженість дослідження з наявними в справі доказами [5, с. 126].

До цих складових слід ще додати своєчасність надання експерту матеріалів, які потрібні йому для проведення дослідження. Що стосується поняття достатності доказів, то процесуальне законодавство не закріпило це поняття, тобто достатність доказів оцінюється внутрішнім переконанням і думкою прокурора під час ухвалення процесуального рішення. Таким чином, під час проведення оцінки висновку експерта потрібно оцінювати не тільки його логічний форму, але і його зміст, який повинен бути представлений на підставі нормативних документів, а так само бути аргументованим і переконливим.

#### Список використаних джерел

1. Давидова В. Д., Волобуєва О. О. Висновок експерта як процесуальне джерело доказів: *окремі аспекти теорії та практики / Південноукраїнський правничий часопис*. URL: file:///C:/Users/1/Downloads/Pupch\_2015\_2\_46%20(1).pdf (дата звернення 19.11.2019).
2. Сенченко Н. М. Оцінка висновку експерта в кримінальному провадженні / *Науковий вісник Херсонського державного університету*. URL: [http://www.lj.kherson.ua/2014/pravo04/part\\_2/52.pdf](http://www.lj.kherson.ua/2014/pravo04/part_2/52.pdf) (дата звернення 19.11.2019)
3. Кримінальний процесуальний кодекс України: *Закон України від 13 квітня 2012 року № 4651-VI / Верховна Рада України*. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/4651-17> (дата звернення 19.11.2019).
4. Інструкція про проведення судово-медичної експертизи: *Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17 січня 1995 року № 6 / Міністерство охорони здоров'я України*. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0254-95> (дата звернення 19.11.2019).
5. Петрухіна А. Н. Оцінка заключення експерта в уголовном судопроизводстве: *монографія*, М.: Юрлитинформ, 2013, 200 с.

**Горобець Людмила Миколаївна**  
викладач Коледжу інформаційних  
технологій та землевпорядкування  
Національного авіаційного університету

### **ЩОДО ПИТАННЯ БОРОТЬБИ З ТОРГІВЛЕЮ ЛЮДЬМИ В УКРАЇНІ**

Торгівля людьми або інша незаконна угода щодо людини є проблемою глобального масштабу, яка вражає всі регіони світу. Добре відомо, що майже неможливо дізнатися точну кількість людей, які щорічно стають жертвами торгівлі людьми. Як визнає Європол: «Сумарна кількість жертв незаконної торгівлі людьми в ЄС залишається невідомим, і доступними є тільки оцінки цього. Ясно тільки, те, що реальне число жертв набагато перевищує офіційну статистику, отриману з досліджених випадків у державах-членах» [1, с. 25].

Аналіз наукових робіт українських та зарубіжних вчених, кримінального законодавства України та зарубіжних країн; міжнародно-правових актів дозволяє стверджувати, що у міжнародній спільноті не існує єдиного погляду щодо визначення поняття торгівлі людьми. Але можна виділити наступні ознаки цього діяння, які визнаються більшістю дослідників щодо питання торгівлі людьми: головною ознакою є продаж (або інша оплатна передача) людини; наявність елементів рабства; продаж людини, що призводить до отримання елементів прав власності над нею її власником; мета будь-якої експлуатації людини.

В Протоколі про попередження і припинення торгівлі людьми, особливо жінками і дітьми, і покарання, що доповнює Конвенцію ООН проти транснаціональної організованої злочинності (прийнятий резолюцією 55/25 Генеральної Асамблеї від 15 листопада 2000 р.) зазначено, що торгівля людьми означає «здійснювані з метою експлуатації вербування, перевезення, передача, приховування або одержання людей шляхом погрози силою або її застосування або інших форм примусу, викрадення, шахрайства, обману, зловживання владою або уразливістю положення, або шляхом підкупу, у вигляді платежів або вигод, для одержання згоди особи, яка контролює іншу особу».

Про масштаби поширення торгівлі людьми з метою експлуатації праці достеменною інформації ще менше, ніж про сексуальну експлуатацію. На відміну від останньої торгівля людьми з метою використання праці жертв не знаходиться у центрі суспільної уваги. Існує небагато громадських організацій, які спеціалізуються на справах такого типу, професійні спілки не приділяють цьому належної уваги і, як зазначається у пресі, практично відсутні прояви політичної волі розслідувати умови вербування і праці неофіційних робітників-мігрантів. Більше того, немає точної статистики з торгівлі дітьми. Приблизно 1,2 млн. осіб віком від 18 до 25 років щороку

недостатнього бюджетного фінансування, неналежного технічного та професійного забезпечення, масової корумпованості системи державного апарату та неготовності українського суспільства до таких кардинальних змін, чекати швидких новацій у медичному праві не варто.

### **Список використаних джерел**

1. Цивільний кодекс України // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 2003. – № 40-44. – Ст. 356.
2. Гринчак С.В. незаконна трансплантація: аналіз складу злочину . *Сучасне українське медичне право: Монографія*. Київ: Атіка, 2010. – С. 130-153.
3. Дунаєвська Л. Г., Лушпійко В. М. Трансплантація органів і тканин людини: правовий та криміналістичний аналіз. *Вісник НТУУ «КПІ». Політологія. Соціологія. Право*. Київ: 2012. 2(14). С. 206-208
4. Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині: Закон України від 17.05.2018 № 2427-VIII // Відомості Верховної Ради України. – 2018. – № 28. – ст.232.

### **Савчук Вікторія Сергіївна**

лікар-психолог,  
асистент кафедри фізіології  
НМУ імені О.О. Богомольця

### **МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ЯК ГАЛУЗЬ ЗНАТЬ, ПРАВОВІ АСПЕКТИ ЇЇ ПРАКТИКУВАННЯ ТА ВИКЛАДАННЯ**

Медична психологія – це окрема спеціальність, яка історично сформувалася на перетині медицини і психології, і на сьогоднішній час є окремою, має свій власний предмет, завдання та практичну сферу застосування.

Відповідно змін від 01.02.2017 до Постанови Кабінету міністрів України від 29.04.2015 р. № 266 «Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти», Медична психологія визнана окремою спеціальністю в галузі 22 "Охорона здоров'я" [2].

Згідно Закону про вищу освіту "спеціальність це складова галузі знань, за якою здійснюється професійна підготовка" [1].

"Галузь знань" – основна предметна область освіти і науки, що включає групу споріднених спеціальностей, за якими здійснюється професійна підготовка. А от же різні галузі знань не є спорідненими між собою, оскільки мають різні предметні області. Так наприклад, спеціальність 053 «Психологія» належить зовсім до іншої галузі знань, хоч і має спільну назву та історичну близькість.

Підготовка професіоналів та набуття ними фахових компетентностей з

свою згоду на вилучення органу (органів) або члени його сім'ї чітко виражають незгоду на такі дії у тому випадку, коли померлий не залишив подібної заяви. У таких випадках відсутність згоди розглядається як відмова від трансплантації. Відповідно до цього принципу передбачається, що кожна людина заздалегідь незгодна з тим, що її органи буде пересаджено іншій людині [2].

У більшості країн Європи на противагу цьому застосовується «принцип згоди», який полягає у тому, що вилучення і використання органів від померлого здійснюється у випадку, якщо померлий за життя не висловлював заперечень проти цього або якщо заперечення не висловлюють його родичі чи законні представники [3].

Закон України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» деталізує закладені Цивільним кодексом правові позиції проведення трансплантації в Україні пересадка органів від живих донорів проводиться за одночасної наявності таких умов: 1) якщо донор попереджений про можливі ускладнення для його здоров'я у зв'язку з майбутнім оперативним втручанням по вилученню анатомічного матеріалу; 2) якщо донор вільно і свідомо у письмовій формі словив згоду на вилучення своїх органів та інших анатомічних матеріалів; 3) якщо донор пройшов усестороннє медичне обстеження і є висновком консилиуму лікарів-фахівців про можливість вилучення у нього органів та інших анатомічних матеріалів для трансплантації; 4) якщо завдана здоров'ю донора шкода буде меншою, ніж небезпека для життя, що загрожує реципієнту.

Також не допускається взяття анатомічних матеріалів у живих осіб, які утримуються у місцях відбування покарань; страждають на тяжкі психічні розлади; мають захворювання, що можуть передатися реципієнту або зашкодити його здоров'ю; надали раніше орган або частину органу для трансплантації.

Взяття органів у померлих людей можливе за умови попередньо зробленої письмової згоди померлого [4].

Таким чином, сучасна трансплантологія має певні практичні проблеми, пов'язані з недосконалістю українського законодавства у даній сфері, зокрема невідповідності його міжнародному. Дані норми є досить адаптованими та зрозумілими, а суперечності виникають тільки з приводу деяких питань, як от питання про те, чи повинна письмова згода донора бути якимось чином завірена для уникнення можливості її підроблення. Проте той факт, що в країні, де є усі можливості для проведення операцій з пересадки донорських органів, єдиним чинником, що ускладнює це є законодавство, а люди продають останнє майно, щоб дозволити собі такі операції за кордоном, наводить на думку про необхідність у прийнятті змін до чинного медичного законодавства, що, в свою чергу, допомогло б зберегти тисячі життів. Однак потрібно врахувати, що в умовах

стають об'єктом купівлі-продажу з метою експлуатації у домашніх господарствах і на фермах, у шахтах і в комерційній секс-індустрії [2, с. 5].

Тому серед актуальних питань сучасної соціально-правової політики України, значне місце посідає проблема різних форм міграції українських громадян у більш економічно розвинуті країни Західної та Північної Європи. Основною причиною зазначених процесів, на наш погляд, є пошук роботи.

Оцінюючи зусилля України в боротьбі з торгівлею людьми, необхідно відзначити, що наша держава однією з перших у Європі прийняла Закон про кримінальну відповідальність за вчинення зазначеного злочину. Кримінальну відповідальність за торгівлю людьми було встановлено Законом України від 24.03.1998 р. шляхом доповнення КК УРСР 1960 р. новою статтею, де вперше було застосовано кримінально-правове визначення поняття «торгівля людьми».

Нормативно-правова база України містить більше 300 нормативних актів із захисту прав дітей. Серед них є закони, програми, тією чи іншою мірою спрямовані на попередження торгівлі дітьми, дитячої проституції та порнографії. Це, зокрема, Закони України «Про охорону дитинства», «Про захист суспільної моралі», «Про Загальнодержавну програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року», Державна програма протидії торгівлі людьми на період до 2010 р., затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 7 березня 2007 р. № 410.

Створено також міжнародно-правову базу з метою організації боротьби з торгівлею жінками. Зокрема, торгівля жінками заборонена Конвенцією про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок 1979 р., Декларацією про викоренення Насильства проти жінок 1993 р., а щодо охорони жінок і дітей спільно – Міжнародною конвенцією про боротьбу з торгівлею жінками та дітьми 1921 р., Женевською конвенцією про заборону торгівлі жінками та дітьми 1926 р., Конвенцією про боротьбу з торгівлею людьми і експлуатацією проституції третіми особами 1949 р.

Відповідно до вище зазначеного можна зробити висновок, що Україна намагається попередити поширення такого явища, як торгівля людьми. За роки незалежності було ратифіковано низку міжнародно-правових актів по запобіганню торгівлі людьми. Водночас Україною не ратифіковано такі важливі міжнародно-правові інструменти у сфері захисту дитини, як Гаазька Конвенція з питань захисту прав дитини та міждержавного усиновлення 1993 р. та Конвенція Ради Європи по боротьбі із сексуальною експлуатацією дітей та розбещенням неповнолітніх 2007 р.

#### Список використаних джерел

1. Висвітлення в засобах масової інформації проблеми торгівлі людьми. URL:<http://www.osce.org/uk/cthb/36902> (дата звернення:

15.11.2019).

2. Trafficking in Human Beings in the European Union. 2011. URL:[https://www.europol.europa.eu/sites/default/files/publications/trafficking\\_in\\_human\\_beings\\_in\\_the\\_european\\_union\\_2011.pdf](https://www.europol.europa.eu/sites/default/files/publications/trafficking_in_human_beings_in_the_european_union_2011.pdf) (дата звернення: 12.11.2019).

### **Демченко Іван Сергійович**

кандидат юридичних наук,  
викладач кафедри судової медицини  
та медичного права  
Національного медичного університету  
імені О.О. Богомольця

### **ПРАВО НА ЗДОРОВ'Я: ЕВОЛЮЦІЯ РОЗУМІННЯ**

Закріплене Статутом Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) визначення здоров'я, як стану повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних дефектів [1], вже понад півстоліття залишається певним стандартом для світового співтовариства. Якщо говорити про право на здоров'я, що розуміється під даним правом? Найбільш поширене визначення «права на здоров'я, як права на найбільш досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я» (стаття 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права (МПЕСКП) [2]), не дає однозначної відповіді на поставлене питання. Нині, надати однозначну відповідь щодо розуміння права на здоров'я – також є вкрай важким завданням. Однак, дослідження міжнародно-правових джерел дозволяє простежити як певну еволюцію розуміння, так і виокремити акценти у розумінні права на здоров'я.

Аспект багатозначності. Розуміння права на здоров'я включає у себе підхід, за якого власне «право на здоров'я» поділяється на складові, зокрема: право на охорону здоров'я (або інколи звучить як право на систему охорони здоров'я); право на профілактику, лікування та попередження захворювань; доступ до життєво необхідних лікарських засобів; право на материнське, репродуктивне та дитяче здоров'я; рівний та своєчасний доступ до первинної медико-санітарної допомоги; тощо.

Аспект недискримінації та рівності. Вже у згаданому Статуті ВООЗ та інших міжнародних договорах з прав людини, акцентується увага на тому, що право на здоров'я є одним з основних прав кожної людини незалежно від раси, релігії, політичних уподобань, економічного чи соціального походження. Однак, у діяльності ВООЗ та інших установ та організацій, що входять до системи ООН, простежується підхід до диференціювання окремих груп населення (діти, жінки, особи похилого віку, особи з інвалідністю, особи, що позбавлені волі та інші). При цьому, акцентується увага на особливих потребах щодо ефективного забезпечення та реалізації

### **Список використаних джерел**

1. Патрульна поліція (2019). *Статистика ДТП в Україні*. Відновлення з <http://patrol.police.gov.ua/ru/statystyka/>
2. Державна служба статистики України (2019). *Статистична інформація*. Відновлення з <http://www.ukrstat.gov.ua/>
3. Кримінальний процесуальний кодекс України: *Закон України від 13.04.2012. No 4651*. Відновлення з <http://zakon.rada.gov.ua/go/4651-17>
4. Гайко Г.В., Страфун С.С., Калашніков А.В., Полішко В.П. Аналіз стану травматолого-ортопедичної допомоги населенню України 2011-2012 рр. *Довідник*. Київ: 2013. 220 с.
5. Солохин А.А. *Судебно-медичинская экспертиза в случаях автомобильной травмы*. Москва: 1968. 237 с.

### **Романович Ірина Ігорівна**

студентка групи ПР-401  
Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету

### **Науковий керівник:**

### **Ергард Наталія Миколаївна**

кандидат медичних наук, доцент,  
професор кафедри кримінального  
права і процесу Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету

### **ДЕЯКІ ПРАВОВІ АСПЕКТИ РЕГУЛЮВАННЯ ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ В УКРАЇНІ**

Історія розвитку пересадки людських органів бере свій початок з серії експериментів Алексиса Кареля у 1912 році, за які він згодом був удостоєний Нобелівської премії. Розвиток медицини дав змогу проводити зараз такі операції у великій кількості по всьому світу, в тому числі й в Україні. Але, на жаль, дуже часто вітчизняне законодавство стає своєрідним каменем спотикання у цій сфері.

На даний момент в Україні існують усі медичні та практичні можливості забезпечувати пересадку майже будь-яких людських органів, тканин чи клітин. Проте, як свідчить статистика, наша держава посідає останнє місце у Європі за показником посмертного донорства. Це пов'язано, зокрема, з тим, що в Україні існує так звана «презумпція незгоди» на донорство. Відповідно до ст. 290 Цивільного кодексу України, Взяття органів та інших анатомічних матеріалів з тіла фізичної особи, яка померла, не допускається, крім випадків і в порядку, встановлених законом. Фізична особа може дати письмову згоду на донорство її органів та інших анатомічних матеріалів на випадок своєї смерті або заборонити його [1]. Це означає, якщо до своєї смерті померлий явно не заявляв про

сп'яніння у загиблого, стан його здоров'я на момент ДТП, іноді – вирішити інші питання медичного спрямування, що виникають під час розслідування транспортної пригоди.

Ушкодження у пішоходів різноманітні, так їх розповсюдження по областях тіла досить закономірне. За даними досліджень деяких науковців і аналізу судово-медичних експертиз у м. Києві за 2018 рік, виявлено наявність 303 випадки постраждалих з травмою опорно-рухового апарату, причинами смерті у 227 постраждалих були ускладнення черепно-мозкової травми, а в 131-масивна крововтрата та жирова емболія і внаслідок численних переломів кісток скелету та травм внутрішніх органів. Слід зазначити, що у потерпілих з травмою скелету серед інших причин смерті, у 24 потерпілих мала місце травма грудної клітки з ушкодженням легень, та у 10-травма з ушкодженням внутрішніх органів черевної порожнини. За локалізацією переломів у постраждалих на першому місці були переломи кісток тазу – 116 випадків, потім переломи стегнової кістки – 47 випадків, переломи передпліччя – 34 випадки, плеча – 15. Закриті і відкриті переломи склали 239 і 64 випадки відповідно [4].

За цими даними можна стверджувати, що травма скелету, яка призводить до масивної крововтрати, чи жирової емболії за частиною причин смерті цих постраждалих наближається до головних причин смерті від дорожньо-транспортних пригод. Ще одним з важливих факторів, який впливає на смертність постраждалих, це термін та якість надання першої медичної допомоги. За даними дослідження інституту травматології та ортопедії НАМН України, прибуття бригади ШМД у місті відбувається швидше, ніж в результаті ДТП у позаміській зоні. Але в межах великих міст виникають проблеми, що пов'язані з інтенсивністю руху транспорту, вузькі вулиці без можливості маневрування і віддаленість лікувальних медичних закладів інтенсивного лікування від місця аварії. При автотранспортній травмі в одних випадках визначення причини смерті та її походження не завдає експерту великих труднощів, коли знаходять грубі, не сумісні з життям ушкодження. В інших випадках, яких на сьогодні більшість, смерть від травми настає внаслідок розвитку її прямих ушкоджень: травматичного шоку, аспірації кров'ю, жирової емболії, здавлення кров'ю головного мозку чи серця тощо, викликає певні труднощі в їх посмертній діагностиці, особливо у встановленні причинно-наслідкового зв'язку смерті з травмою.

Таким чином, враховуючи викладене, слід зазначити, що у багатьох випадках характер та механізм утворення тілесних ушкоджень у пішохода не має рішучого значення у діагностиці даного виду травмування, що обумовлює необхідність призначення комплексної судово-медичної експертизи, у якій повинні брати участь як судово-медичні експерти, так і експерти-транспортні трасологи.

права на здоров'я.

Аспект соціально-економічних детермінант. Ще у Загальній декларації прав людини згадується здоров'я, як частина належного життєвого рівня. Встановлено, що факторами які впливають на здоров'я людини є: генетика, охорона здоров'я; спосіб життя; соціально-економічні фактори. При цьому – соціально-економічні фактори – є найбільш питомим фактором (на дослідження цих факторів направлена концепція «соціально-економічних детермінант»).

Акцент на позитивних (інколи, й негативних) зобов'язаннях держав, по забезпеченню права на здоров'я. Базуючись на положеннях МПЕСКП на держави покладається обов'язок по здійсненню ряду заходів, необхідних для повного здійснення права на здоров'я. Детальніше зміст таких заходів розкритий у діяльності Комітету з економічних, соціальних та культурних прав ООН [3].

Аспект універсальності та регіоналізації. У контексті існуючих систем захисту прав людини, можливо говорити про Європейську систему захисту прав людини, Між-американську систему захисту прав людини, Африканську систему захисту прав людини. У кожній з цих систем існують власні підходи до розуміння права на здоров'я, що вироблені, насамперед, судовою практикою.

Незважаючи на значний поступ міжнародної спільноти, розуміння права на здоров'я значно різняться як на універсальному, так і регіональному чи національному рівнях. До сих пір, при застосуванні терміну «право на здоров'я», слід роботи уточнення, що саме розуміється під даним правом виходячи із контексту застосування.

#### Список використаних джерел

1. Устав Всемирной организации здравоохранения: подписан 22 июля 1946 года. Международная конференция здравоохранения, Нью-Йорк, 19 июня - 22 июля 1946 г. (с дополнениями) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)

2. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права: ООН, міжнародний документ від 16 грудня 1966 року. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995\\_042/conv](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_042/conv)

3. Замечание общего порядка №14 (2000). Право на наивысший достижимый уровень здоровья (статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах): Комитет по экономическим, социальным и культурным правам ООН / Женева, 25 апреля – 12 мая 2000 года. - UN Doc. E/C.12/2000/4

**Ейсмонт Анна Сергіївна**  
студентка 403 групи  
Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету

**Науковий керівник:**

**Ергард Наталія Миколаївна**  
кандидат медичних наук, доцент,  
професор кафедри кримінального  
права і процесу Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету

### **ОСОБЛИВОСТІ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ РЕЧОВИХ ДОКАЗІВ БІОЛОГІЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ**

Джерелом слідів біологічного походження є тіло людини та його органи. Сліди можуть бути утворені кров'ю, спермою, потом, слиною, вагінальними виділеннями, сечею, калом. До них належать також волосся, органи і тканини людського організму, кістки та їхні фрагменти. Особливе місце серед об'єктів біологічного походження займають запахові сліди людини. Сліди біологічного походження містять генетично обумовлені ознаки, які передаються у спадок і зберігаються протягом усього життя людини. У біологічних лабораторіях за допомогою серологічних, біохімічних і цитологічних методів встановлюють їхню родову (кров, сперма, піт, слина тощо), видову (людина або тварина), групову і статеву приналежність. Ці сліди допомагають визначити місце, обставини злочину, а також сприяють встановленню знаряддя злочину і виявленню злочинця.

Під час розслідування вбивств використовують результати судово-цитологічних досліджень, значення яких постійно зростає. Згідно зі ст. 84 КПК України доказами є фактичні данні, які виникли безпосередньо в результаті події (залишки крові, відбитки пальців рук на віконному склі), а також предмети з їх залишками [1, с. 160]. За слідами крові визнають механізм учинення злочину (під час огляду місця події, трупа або внаслідок проведення криміналістичної трасологічної експертизи). Судово-медичний експерт загальної практики повинен добре орієнтуватися в питаннях знання механізму утворення слідів, зокрема, біологічного походження з урахуванням обставин події, виявлення та вилучення їх. Направлення на експертизу речових доказів, що містять сліди біологічного походження, що вилучені на місці пригод, здійснюють судово-слідчі органи. Спеціаліст може надавати допомогу під час встановлення походження плям на одязі, виявлення слідів сперми серед крові й піхвових виділень та встановлення її групової належності. Сучасні технології судово-медичного молекулярно-генетичного дослідження надають можливість встановлювати невідомі особи (померлих,

**Роговенко Юлія Олегівна,**  
студентка 6408 групи  
4 медичного факультету  
НМУ імені О. О. Богомольця  
**Науковий керівник:**  
**Плетенецька Аліна Олександрівна,**  
кандидат медичних наук,  
асистент кафедри судової медицини  
та медичного права  
НМУ імені О. О. Богомольця

### **СУДОВО-МЕДИЧНА ОЦІНКА ТРАВМАТИЗАЦІЇ ТА СМЕРТНОСТІ ПІШХОДІВ У ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОДАХ**

В Україні щодня відбуваються десятки аварій та гинуть люди. У багатьох випадках дорожньо-транспортні пригоди виникають не тільки по вині водія, а самі пішоходи вибігають на дорогу, забуваючи переконатись у безпеці власних дій. За даними Патрульної поліції України сталося понад 100 тисяч аварій, у яких вже загинуло близько 2 тисячі осіб. При цьому найбільшу кількість ДТП у цьому році реєструють у Києві та Київській області (25.5 та 7.6 тисяч відповідно) [1]. Найбільша кількість ДТП трапляється при переході між сезонами: у жовтні-грудні, а також у серпні-вересні, коли у великих містах різко опиняється найбільша кількість автомобілів. Рівень смертельно травматизму пішоходів склав 37% серед усіх загиблих в ДТП, а за 2019 рік цей показник зріс до 42%. Причинами аварій на дорогах, в яких масово гинуть люди, пояснюються простим недотриманням правил безпеки руху, а також керування у стані алкогольного сп'яніння. Дорожньо –транспортний травматизм належить до трьох головних причин смертності населення віком від 5 до 45 років [2]. Стаття 242 КПК України закріплює перелік підстав для обов'язкового проведення експертизи, зокрема встановлення причин смерті, тяжкості та характеру тілесних ушкоджень, визначення психічного стану підозрюваного та наявності відомостей, які викликають сумнів щодо осудності [3]. Питання, що виносяться до судово-медичної експертизи, можуть мати різне формування, проте більшість з них ставить на меті встановлення часу і причин настання смерті, а також причинно-наслідкового зв'язку між ДТП, необхідністю надання допомоги і настанням смерті. Окремо варто зупинитися на групі питань, що стосуються з'ясування механізму дорожньо-транспортної пригоди, адже під час аварії тіло потерпілого виступає як сідосприймаючий об'єкт. Специфічні ушкодження на тілі можуть відображати форму, розміри, малюнок та інші властивості частин і деталей автомобіля, встановити положення потерпілого в момент травми, прижиттєвість ушкоджень, їх давність. Судово-медичний експерт може також встановити стан



поджелудочной железы. Наркотические средства могут вызывать выраженный кардиотоксический эффект, особенно такие психостимуляторы как амфетамин, кокаин, эфедрин, оказывающие мощное адреномиметическое действие. В миокарде под воздействием опиатов происходит изменение центральной гемодинамики. При прекращении действия наркотика в связи с его отменой преобладает гиперкинетический тип кровообращения с высокой сократительной способностью миокарда. В период интоксикации с увеличением длительности заболевания происходит падение сократительной способности миокарда с ростом периферического сопротивления. Обратная тенденция выявляется в период абстиненции. Наиболее часто при токсическом действии кокаина развиваются гипертонические кризы с осложнением в виде кровоизлияния в мозг, при острой интоксикации наркотиками не исключается развитие инфаркта миокарда.

Таким образом, в настоящее время судебно-медицинская диагностика отравлений наркотическими веществами основывается на комплексе морфологических данных и результатов определения по наличию этих веществ в биологических жидкостях и тканях трупа. В результате анализа многолетних исследований Ю.И. Пиголкина с соавторами [3] выявлены типы танатогенеза при хронической и острой наркотической интоксикации: 1) танатогенез по типу «мозговой смерти», характеризующийся запредельной токсической комой с параличом дыхательного центра, 2) танатогенез по типу сердечной скоропостижной смерти, характеризующийся фибрилляцией желудочков сердца, 3) танатогенез по типу токсического отека легких с развитием тяжелой дыхательной недостаточности. Стоит заметить, что судебно-медицинские лаборатории Украины весьма ограничены в возможности установления веществ, что значительно усложняет диагностики.

#### Список использованных источников

1. Гольдфарб Ю. С., Лужников Е. А., Ельков А. Н., Ильяшенко К. К., Марупов А. М. Патогенез эндотоксикоза в токсикогенной стадии острых отравлений психофармакологическими препаратами и интегральная оценка его выраженности. *2-й съезд токсикологов России*. М: 2003. С. 329-330.
2. Hill S. L., Thomas S. H. L. Clinical toxicology of newer recreational drugs. *Clinical Toxicology*. U. S.: 2011. p. 705-719.
3. Пиголкин И.Ю. *Судебная медицина*. Москва: 2012. С.338-339

перебуваючи без тями, хворих на амнезію) за наявності зразків, належність яких відома, встановлювати генетичну статеvu належність особи, що залишила слід. Дослідження біоматеріалу надає можливості ідентифікації невпізнаних трупів та інші. За формою, особливостям розташування слідів крові можна судити про обставини злочину. Велике значення для викриття винних має судово-медичне дослідження слідів крові, але для того щоб воно дало найбільший ефект, необхідні грамотні дії слідчого щодо їх виявлення, вилученню, пакування і пересилки [2, с. 14]. У висохлих плям крові звичайно темно-червоний, коричневий або бурий колір, іноді сірувато-зелений або жовтуватий. На масці розливу крові утворюються блискучі коричневі скоринки. Злочинці нерідко намагаються знищити сліди крові на місці злочину: миють підлогу, стіни, взуття, перуть одяг та ін. У таких випадках шукати їх потрібно там, де кров залишилася на знарядді злочину (сокири, молотка, ножа тощо). Про це наголошує О. О. Матишев, що механізм утворення слідів крові залежить від обставин вчиненні злочину та її обстановки [3, с. 34].

Враховуючи специфічність слідів біологічного походження та їхню здатність до самознищення, велике значення мають кваліфіковані попередні дослідження, фіксація і правильне вилучення таких об'єктів на місці події, а також правильність упаковки, умови збереження речових доказів, їхнє направлення для експертних досліджень.

Усі предмети з накладеннями біологічного походження необхідно направляти в лабораторію в сухому стані, оскільки на вологих речах кров і виділення швидко загнивають, що часто унеможливило проведення експертизи. За необхідності речові докази висушують за кімнатної температури без доступу прямих сонячних променів, подалі від джерел тепла і без доступу комах.

Виявлені, вилучені та зафіксовані сліди в подальшому досліджують, проводячи низку експертиз, а саме: судово-імунологічну, судово-цитологічну, генотипоскопічну, одорологічну, а також досліджують волосся людини та тварин.

Важливу роль у досудовому розслідуванні у кримінальних провадженнях щодо вбивства, нанесення тілесних ушкоджень, звалтування та інших злочинів відіграє судово-медичне дослідження крові. Сліди крові можна виявити на місці події, на потерпілому, на підозрюваному, на одязі, на зброї чи інших предметах. За слідами крові визнають механізм учинення злочину (під час огляду місця події, трупа або внаслідок проведення криміналістичної трасологічної експертизи).

#### Список використаних джерел

1. Тертишник В. М. *Науково-практичний коментар Кримінального процесуального кодексу України. 13-те вид., доповн. і перероб.* К.: Правова Єдність, 2017. 824 с.

2. Кривда Г. Ф. Алгоритм судово-медичного дослідження мікрослідів біологічного походження, виявлених на речових доказах, із застосуванням молекулярно-генетичних методів. *метод. рекомендації*. К.: МОЗ, 2011. 28 с.

3. Матишев А. А. Осмотр места происшествия выявленного трупа. Ижевск : Гиппократ, 1993. 134 с.

#### **Завірюха Ярослава Валентинівна**

студентка 6408 групи 4 медичного факультету  
НМУ імені О. О. Богомольця

#### **Науковий керівник:**

#### **Плетенецька Аліна Олександрівна,**

кандидат медичних наук, асистент кафедри  
судової медицини та медичного права

### **СУДОВО-МЕДИЧНА ОЦІНКА МЕХАНІЗМУ УШКОДЖЕНЬ СЕЛЕЗІНКИ ПРИ ТРАВМІ ТУПИМИ ПРЕДМЕТАМИ**

У судово-медичній практиці серед закритих ушкоджень органів живота травма селезінки займає одно з провідних місць. Частота ушкоджень цього органу за літературними даними складає від 15,4-17,5% (И.А.Криворотов, 1949; С.З. Горшков і В.С.Волков, 1978) до 20% (М.А.Сапожникова, 1988). За даними вказаних авторів в середньому ізольовані ушкодження селезінки при закритій тупій травмі спостерігалися в 7%, а в практиці проведення експертиз по травмі органів живота – на першому місці. За даними Всесвітньої Організації охорони здоров'я смертність при травматизмі займає третє місце після серцево-судинної патології і – онкологічних захворювань.

Слідчо-судові органи при розслідуванні злочинів, пов'язаних з ушкодженням цього органу, ставлять питання щодо механізму утворення ушкодження селезінки, давності травми і можливості виникнення її при тих або інших обставинах. Необхідність вирішення цих питань особливо актуальна за наявності декількох підозрюваних в причетності до цієї травми. Попереднє і судове слідство, як правило, цікавить питання - від чийх конкретно дій виникло ушкодження селезінки. Судово-медичний експерт, ґрунтуючись на клінічних, морфологічних, гістологічних даних і цих матеріалів справи, може до певної міри ретроспективно відновити обставини виникнення травми селезінки, давність утворення її ушкодження і, маючи достатній об'єм інформації про ушкодження, може підтвердити або спростувати слідчу версію. Хоча питання про виникнення травми в результаті дій певної особи вирішується слідчим і судовим шляхом, проте, науково обґрунтована думка експерта в даному випадку може грати істотну роль в ухваленні звинувачувального або виправдувального рішення.

Як вказують дослідження, частіше селезінка травмується в результаті

#### **Рыспаева Алина Геннадиевна**

студентка 6118 групи  
І медичного факультета  
НМУ імені О.О.Богомольця

#### **Научный руководитель:**

#### **Плетенецькая Алина Александровна,**

кандидат медичних наук,  
асистент кафедри судової медицини і медичного права  
НМУ імені О.О.Богомольця

### **ОТРАВЛЕНИЕ ПСИХОСИМУЛЯТОРАМИ: СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ**

Наркотики и психодислептики – различные по своей химической структуре психоактивные вещества, употребление которых приводит к химической зависимости. В начале своего действия эти вещества вызывают явления эйфории, необычные изменения в психике, галлюцинации, прочее. Возникающая химическая зависимость приводит к нарушению всех сфер жизни субъекта: физической, умственной, эмоциональной, поведенческой. Она влияет на процессы социального и духовного развития и часто сопровождается передозировкой указанных веществ, приводящей к острому отравлению с нарушениями жизненно важных функций организма. В эту группу включены опиаты, кокаин, производные каннабиса, лизергид (LSD), другие психодислептики (галлюциногены мескалин, псилоцин, псилоцибин), также сюда следует отнести психостимулирующие средства [1].

Условно, психостимулирующие средства можно разделить на следующие группы: «классические» – амфетамины, МДМА (экстази), кокаин; «новые»: пиперазины, фенэтиламины (метамфетамин, в т.ч. катиноны, замещенные катиноны – мефедрон), метилendioксифенэтиламины (МДПВ, ПВФ, МДПБФ); триптамины; пиперидины.

Проблемой отравлений в судебно-медицинской практике занимаются многие годы ученые из всех стран мира [2].

На вскрытии выявляются признаки токсической асфиксии и употребления наркотиков незадолго до смерти: свежие точечные ранки на коже в проекции крупных вен, следы от жгута на плече, обнаружение при осмотре места происшествия и при наружном осмотре трупа наркотических препаратов, шприцев, ложек и иных характерных аксессуаров.

Причинами смерти в 50,9% служат соматические болезни, включая инфекционные, с изменением их клинической картины. Из соматических заболеваний у больных наркоманией наиболее часто диагностируются ИБС, инфекции, бронхиальная астма, заболевания печени и

**Conclusion.** There is no single approach to eliminate or prevent corruption. Only a combination of strategy and best practices can be an effective tool. Corruption in healthcare sector costs more than the money. The price of corruption in health care is human lives.

All mechanisms of control over public procurement should be returned to Ukraine. Medical organizations and patients' communities are capable to control the need in medicines. And for them it is not a whim but an urgent need to maintain their own health.

The conclusion is that no reform will succeed until corruption is increasing in the country. The success of reform is not just about passing laws. It is in the first turn availability of responsible executors and professional personnel policy.

#### Список використаних джерел

1. Антикорупційна програма Міністерства охорони здоров'я України – Режим доступу: [https://moz.gov.ua/uploads/0/1410-dn\\_20170914\\_1086\\_dod\\_programa.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/0/1410-dn_20170914_1086_dod_programa.pdf)
2. Баришніков В. М., Маршавін Ю. М., Туленков М. В., Храмов В. О. Запобігання корупції та корупційним діянням у системі державного управління. Державне управління та державна служба. *Навч. посіб. / За заг. ред. М.В. Туленкова, В.О.Храмова*. К.: ІПК ДСЗУ, 2008.
3. Василенко С. Питання антикорупційної діяльності у сфері державної служби// *Вісник державної служби України*, №3, 2004.
4. Закон України «Про боротьбу з корупцією» - Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/356/95-%D0%B2%D1%80>
5. Здорової медицини не буде, допоки існує корупція [https://24tv.ua/health/ru/zdorovoyi\\_meditsini\\_ne\\_bude\\_dopoki\\_isnuye\\_koruptsiya\\_n1043689](https://24tv.ua/health/ru/zdorovoyi_meditsini_ne_bude_dopoki_isnuye_koruptsiya_n1043689)
6. Корупція в медичній сфері: викоринити, запобігти, перемогти - Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/442446>
7. Національний перелік основних лікарських засобів - Режим доступу: <http://likicontrol.com.ua/natsionalnyi-perelik-likarskykh-zasobiv/>

автотранспортних подій, падінь з великої висоти або ударах тупими предметами з обмеженою поверхнею зіткнення (Солохин А.А., 1968; Матгышев А.А. 1969; Стешиц В.К. 1976; Дынкина И.З., 1982; Савченко С.В., 1992; Соседко Ю.И. і співавт., 1990, 2001; Карандашев А.А. і співавт., 2004; Єршова Н.В., 2005). При цьому основними механізмами, що призводять до утворення ушкоджень селезінки, є удари, що супроводжуються вираженим загальним струсом тіла або локальні удари в проекції розташування органу.

Прийнято розглядати одномоментні і двомоментні ушкодження селезінки. При одномоментних розривах селезінки при травмі відбувається одночасне ушкодження капсули і паренхіми органу. При утворенні двомоментних ушкоджень селезінки, після механічної дії травмується тільки паренхіма органу при збереженій (неушкодженою) капсулі, з формуванням підкапсульного ушкодження [1]. Через деякий проміжок часу, підкапсульне ушкодження, за рахунок певного об'єму крові, що вилілася, призводить до локального підвищеного розтягування капсули селезінки, з подальшим її розривом, розвитком масивної кровотечі і геморагічного шоку. Тривалість тимчасового проміжку між 1-ою і 2-ою фазами утворення розриву органу при двомоментних ушкодженнях селезінки може складати від декількох годин до декількох тижнів (Бордуновский В.И., 1997; Соседко Ю.И., 2001; Єршова Н.В., 2005).

Питання травматизації органів черевної порожнини, зокрема, селезінки, грає важливу роль в оцінюванні тяжкості нанесення тілесних ушкоджень. Це пов'язано з варіабельністю посттравматичних ушкоджень та індивідуальних особливостей людини [2].

В результаті досліджень, проведених українськими науковцями [3], було встановлено, що при механічній травмі селезінки найчастіше спостерігалися розриви капсули та паренхіми з наявністю крововиливів в зоні ушкоджень. Слід також зазначити, що авторами було вперше виявлено закономірні гістологічні і ультразвукові зміни, які знаходяться в прямій залежності від часу, що минув з моменту заподіяння ушкоджень, в ділянці травмованих тканин селезінки у осіб з відсутністю ознак алкогольної інтоксикації спостерігаються. Використання в комплексі ультразвукового і гістологічного методів для визначення часу заподіяння ушкоджень, як у випадках ізольованої травми селезінки, так і у випадках сполученої травми органів черевної порожнини, є доцільним, тому що дає змогу підвищити об'єктивність результатів встановлення давності заподіяння травми. Обов'язкове призначення судово-гістологічних експертиз не тільки при дослідженні трупів, а і живих осіб у разі необхідності встановлення часу, а інколи і механізму утворення ушкоджень органів, що були вилучені під час операції, зокрема, селезінки.

### Список використаних джерел

1. Соседко Ю.И., Колкутин В.В., Федулова М.В., Бурмистрова Н.В., Русакова Т.И. *Судебно-медицинская экспертиза поврежденной селезенки при травме тупыми твердыми предметами*. Монография. Москва, 2010. 128 с.
2. Исаев А. Ф. Оценка тяжести состояния у пострадавших сочетанными и изолированными повреждениями живота с разрывом селезенки. *Хирургия* (№9): Москва, 2005. С. 31-35.
3. Бабкіна О. П., Герасименко О. І., Казімірко Н. К., Шевченко Л. А. *Встановлення давності настання ушкоджень органів черевної порожнини та позачеревинного простору у травмованих та загиблих осіб внаслідок сполученої травми*. Монографія. Луганськ, 2013. 152 с.

#### Заводіна Анна Сергіївна

студентка 5213 групи

2 медичного факультету

НМУ імені О.О.Богомольця

#### Науковий керівник

#### Ткаченко Олександр Петрович

асистент кафедри клінічної фармакології

та клінічної фармації

НМУ імені О.О. Богомольця

### ПРАВА ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ В ЕНЕАЛТН

**Актуальність проблеми.** Удосконалення системи захисту прав інтелектуальної власності (ІВ) у вітчизняній медичній сфері є однією з пріоритетних задач МОЗ. Її врегулювання є гарантією забезпечення громадян України якісними і максимально відповідними до їх фізичного стану лікарськими засобами та медичними послугами. Система eHealth дозволяє збирати та зберігати інформацію, зокрема, щодо впроваджених ВОЗ методів та засобів ефективного лікування. Система знаходиться в процесі впровадження. Але розробниками наголошується, що існуючої законодавчої бази достатньо, щоб на її основі проблема захисту ІВ у медицині завдяки комплексному впровадженню eHealth була розв'язана в повній мірі.

**Мета.** Можливість передбачення в системі eHealth захисту ІВ дозволить поширити доступ світових фармакологічних компаній на український фармацевтичний ринок. Крім того, це буде сприяти інтенсивному розвитку української фармацевтичної галузі. Завдяки нормам та заходам щодо захисту прав ІВ, закладеним в eHealth, істотно підвищиться прозорість взаємодій між лікарем та пацієнтом, а також між державними медичними закладами та приватними структурами, діючими у медичному полі України.

Серед задач, які мають бути задовільно розв'язані за допомогою системи eHealth, є повний і своєчасний доступ:

в потрібний час. Існує щонайменше дві проблеми, які напряму є показником зловживання владою, невиконання посадових обов'язків, а, можливо, і корупційною складовою: наявність на ринку несертифікованих і непотрібних препаратів ("фуфломіцинів") та несвоєчасні закупівлі за рахунок коштів державного бюджету, які зараз проводяться за кордоном.

Щодо першої проблеми, опубліковані факти із так званими "фуфломіцинами" довели, що лише за 2017 рік українці придбали в аптеках 810 мільйонів упаковок ліків на суму 54 мільярди гривень. Із них 26 відсотків, тобто 14 мільярдів гривень, пішли на ліки з недоведеною ефективністю.

Виведені за кордон державні закупівлі під виглядом боротьби з корупцією, не подолали корупційну складову і призвели до того, що медичні заклади, а відповідно, пацієнти опинились без ліків.

Оприлюднена статистика показує, що станом на початок квітня 2017 р. Дитячий фонд ООН в Україні (ЮНІСЕФ) поставив 22 відсотків від загального обсягу закупівель за 2016 рік; програма розвитку ООН (ПРООН) – відсотків. Британське закупівельне агентство Crown Agents не здійснило жодної поставки.

Серед проблем, які потребують першочергового вирішення, голова Держлікслужби виокремила невідкладне опрацювання існуючого нині порядку ввезення лікарських засобів. Необхідно спільно з митними органами вилучити всі довгі логістичні ланцюжки (так званих перевізників), об'єднавши загальні (пропуск товарів через митний кордон України) та спеціальні (державний контроль якості та видача висновку щодо якості) дії при ввезенні лікарських засобів. При цьому слід залишити імпортерів, які визначені Митним кодексом України, а саме — зарубіжних виробників або уповноважених ними представників.

**Результат.** Цифри – річ невблаганна. Якщо бюджетні показники, виділені на медицину з кожним роком зростають, то корупція в цій сфері не зменшується. І це саме та ключова проблема, яка буде стояти на заваді будь-якої реформи.

**Висновок.** Єдиного підходу для того, щоб побороти або запобігти корупції, немає. Лише комбінація стратегії та найкращих практик може бути ефективним засобом. Корупція в охороні здоров'я коштує більше, ніж гроші. Ціна корупції в охороні здоров'я – людські життя.

Усі механізми контролю за державними закупівлями треба повертати в Україну. Медичні організації та спільноти пацієнтів самі здатні контролювати потребу в ліках. І для них це не примха, а нагальна потреба для підтримки власного здоров'я.

Висновок напрошується сам – жодна реформа не матиме успіху, поки в країні посилюється **корупція**. Успіх реформи – це не лише прийняття законів. Це в першу чергу відповідальні виконавці і професійна кадрова політика.

**Радченко Світлана Павлівна**

студентка 5213 групи

2 медичного факультету

НМУ імені О.О.Богомольця

**Науковий керівник**

**Ткаченко Олександр Петрович**

асистент кафедри клінічної фармакології

та клінічної фармації

НМУ імені О.О. Богомольця

## **ПРАВОВИЙ ВПЛИВ РЕФОРМИ НА ПРОЯВИ КОРУПЦІЇ В АПТЕЧНИХ УСТАНОВАХ**

**Актуальність.** Корупція в Україні посідає одне з перших місць серед значної кількості проблем країни. Чотири відсотки від аптечних закупівель – ліки, яких взагалі немає в міжнародних протоколах надання медичної допомоги, майже 18 відсотків – ліки **без доведеної клінічної ефективності**, понад 2 відсотки – гомеопатичні препарати і більш, ніж 6 відсотків – ліки рослинного походження.

Говорячи про новий Національний перелік основних лікарських засобів, науковці зазначають, що до його прийняття українці застосовували 75% лікарських засобів з недоведеною ефективністю. За даними окремих досліджень, рівень корупції в медицині є одним з найвищих.

**Мета.** На основі дослідження якості лікарських препаратів, шляхів їх постачання оцінити ефективність діяльності фармацевтичної галузі в контексті реформування системи охорони здоров'я; дати правову оцінку проявам корупції в аптечних установах.

**Матеріали і методи.** Що Угода з Асоціацією вимагає від України? Мова йде про застосування Україною вимог країн ЄС, у тому числі в системі забезпечення ліками. Так, законодавство України з лікарських засобів має бути гармонізовано з Директивою 2001/83/ЄС Європейського Парламенту та Ради ЄС від 6 листопада 2001 р. «Про Співтовариства щодо лікарських препаратів для людини».

Якщо говорити про медичну реформу, усі українці, хотіли б бачити як результат якісну медицину і своєчасне надання медичної допомоги. Натомість, відбувається скорочення лікарень, звільнення медичного персоналу, відсутність ліків. Причина не в самій реформі, а в **корупційній складовій**, яка закладена в розподіл бюджетних коштів на придбання ліків та медичного обладнання.

В бюджеті на 2019 рік збільшено видатки на медицину. У порівнянні з минулим роком бюджет збільшено на 9,5 мільярди. Тобто на медичну реформу закладено 92,3 мільярди грн. Проте як показала практика попередніх років, наявність грошей не означає наявності потрібних ліків і

- до методів медичної діагностики,

- до способів лікування,

- до лікарських засобів.

При цьому важливо, щоб кожен громадянин Україна мав можливість користуватися оптимальними ресурсами, запатентованими та впровадженими у медичній та фармакологічній галузі. Для цього ж принципове значення має дотримання законності при їх використанні на загальнодержавному рівні, яке можливе лише за відсутності корупції.

Типовим прикладом корупції у вітчизняній медицині є маніпулювання патентним правом. В межах цього правового поля нерідкі випадки зловживання патентним захистом, внаслідок якого обмежується доступ хворих до соціально значущих препаратів. Законодавство України, звичайно, передбачає примусове ліцензування таких лікарських засобів, але механізм його далеко не завжди працює. Крім того, не розв'язана проблема т.зв. вічнозелених патентів. Наявний результат – безпідставне та необґрунтоване зростання цін на ліки, а також обмеження кількості життєво значущих лікарських засобів на фармацевтичному ринку України. Перехід до системи eHealth дозволить вирішити цю проблему, забезпечивши достатні об'єми ліків для кожного пацієнта, що їх потребує, та їх доступну вартість.

Ще одна, безумовно, корисна ініціатива, реалізувати яку планується саме в межах функціонування eHealth, – впровадження якісно нової системи закупівель лікарських засобів. Такою, зокрема, є програма «Доступні ліки». Завдяки eHealth фармацевтичні компанії матимуть можливість інвестувати в довготривалий процес наукових розробок і досліджень для створення більш дієвих ліків для пацієнтів. Треба розуміти, що такі процеси зазвичай ризиковані і складні. Між тим, ефективний механізм захисту прав ІВ дозволив би розглядати і впроваджувати альтернативні дослідження. А це в свою чергу дасть можливість поширювати вибір ліків і, до того ж, стимулювати цінову конкурентність безпосередньо після появи на ринку першого лікарського препарату того чи іншого призначення.

Система eHealth передбачає удосконалення механізмів отримання медичних послуг пацієнтами як суб'єктами медичної сфери. Відтепер система відносин між пацієнтом та медичною установою з одного боку спрощується, а з іншого дозволяє використовувати медичні об'єкти ІВ (стосовно як авторського права, так й промислової власності) на основі детальних підходів і відповідних компетенцій. Таким чином, у пацієнта з'являється можливість бути активним споживачем медичних послуг і мати гарантії їх достатньої якості.

Завдяки впровадженню eHealth вже розглянуто і навіть впроваджено низку ініціатив, покликаних утримувати об'єкти ІВ, які мають відношення до медичної галузі, виключно в межах діючого правового поля. Так, внесено

актуальні зміни до певних законодавчих актів, що стосуються охорони винаходів і корисних моделей. Вони дозволяють реалізовувати процедури щодо захисту ІВ на тих самих принципах, що передбачені у законодавстві ЄС, і дозволяють видалити з діючої в Україні процедури примусового ліцензування фармацевтичної продукції надмірно обтяжливі положення.

Окремо треба відзначити, що поява самої системи eHealth та передача майнових прав ІВ на неї до МОЗ є надважливим кроком у напрямку захисту державою прав ІВ на всі процеси, пов'язані з розвитком української медицини. Це забезпечує належний правовий контроль над ними та оптимізацію регулюючого інструментарію, який дозволяє залучати зусилля громадськості та ресурси бізнесу.

**Висновок.** Посилення захисту прав ІВ, передбачене системою eHealth, призводить до зменшення бар'єрів, існуючих для своєчасного випуску інноваційної продукції. Закладається фундамент, необхідний для появи генеричних препаратів. Вдосконалення нормативної бази дозволяє створити сприятливе середовище для розвитку інновацій у фармацевтичній сфері.

Запровадження eHealth як важливої складової медичної реформи в Україні відкриває широкі перспективи вбудовування вітчизняної медичної галузі у міжнародне правове поле. Відповідно, це надає гарантії захисту і розвитку прав інтелектуальної власності в фармацевтичній сфері та в медицині в цілому, що є запорукою постійного підвищення якості життя громадян нашої держави.

**Conclusion.** The eHealth enhancement of IPR protection reduces the barriers that exist for the timely release of innovative products. The basis needed for the appearance of generic drugs has been laid. The improvement of the regulatory framework allows to create a favorable environment for the development of innovations in the pharmaceutical sector.

The introduction of eHealth as an important component of medical reform in Ukraine which opens the wide prospects for integrating the domestic medical industry into the international legal field. Accordingly, it provides guarantees for the protection and development of intellectual property rights in the pharmaceutical sector and in medicine as a whole, which is the key to the continuous improvement of the quality of life of the citizens of our country.

#### Список використаних джерел

1. Звіт про роботу ДП «Електронне здоров'я» за 2018 рік [Електронний ресурс] – Режим доступу: [https://ehealth.gov.ua/wp-content/uploads/2019/01/UKR\\_SoE-REPORT\\_2018.pdf](https://ehealth.gov.ua/wp-content/uploads/2019/01/UKR_SoE-REPORT_2018.pdf)
2. Електронний рецепт в Україні – погляд юристів / прес-служба «Цотижневика АПТЕКА» [Електронний ресурс] // Правовий Альянс. – 2019. – Режим доступу: <https://www.legalalliance.com.ua/novini/elektronnij-recept-v-ukraini-poglad-uristiv>

ВІЛ, особам, хворим на туберкульоз та інші соціально небезпечні захворювання; упровадження заходів із попередження поширення психічних та інтелектуальних розладів, забезпечити надання відповідної допомоги [4, с.36].

Передбачене та гарантоване законодавством право засуджених на життя і здоров'я, з огляду на низку соціально-економічних та правових чинників, залишається лише задекларованим у нормативних актах, на практиці виявляючись лише у періодичних медоглядах та констатації захворювань, адже для того, щоб бути реально здійсненим, даному праву засудженої особи має відповідати обов'язок держави забезпечити можливість його реалізації. Проте національне законодавство здебільшого обмежується встановленням загальних правил охорони здоров'я засуджених, що мають декларативний характер і не можуть бути виконані. При цьому законодавство України не закріплює ані дієвих механізмів реалізації права на охорону здоров'я, ані відповідальності посадових і службових осіб за неналежне медичне обслуговування засуджених та за заподіяння шкоди здоров'ю засуджених.

#### Список використаних джерел

1. Конституція України від 28 червня 1996 р. (із змінами та доповненнями) // Відомості Верховної Ради України. – 1996. - №30.
2. Пунда О. О. Поняття та зміст права на здоров'я. *Вісник Хмельницького інституту регіонального управління та права*. Хмельницький : 2003. № 3–4 (7–8). С. 64.
3. Кримінально-виконавчий кодекс від 11.07.2003 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1129-15>
4. Рябих Н. В. Основні напрями удосконалення правового механізму забезпечення прав засуджених на охорону життя та здоров'я в Україні. *Юридичний науковий електронний журнал*. Запоріжжя : 2016. 4. С. 180-182.

поведінку щодо індивідуального здоров'я [2, с. 64]. Праву людини на здоров'я відповідає обов'язок всіх інших осіб стримуватися від дій, що порушують це право: право на охорону здоров'я припускає наявність відповідних цьому праву обов'язків з боку спеціальних суб'єктів, що зобов'язані згідно із законодавством уживати необхідних заходів для збереження та зміцнення здоров'я кожної людини, підтримання її життя, надання їй медичної допомоги в разі втрати здоров'я.

Правове забезпечення права на життя і здоров'я кожної людини в основному базується на засаді: винятки стосовно прав і свобод людини і громадянина встановлюються Конституцією України, а не законами чи іншими нормативними актами.

Позитивний обов'язок держави стосовно впровадження належної системи захисту життя, здоров'я та гідності людини передбачає забезпечення ефективного розслідування фактів позбавлення життя та неналежного поводження, у тому числі й щодо осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі під повним контролем держави.

Право засуджених на життя та здоров'я та деякі елементи механізму його реалізації визначено в статтях Кримінально-виконавчого кодексу. Так в ст. 8 Кримінально-виконавчого кодексу зазначено право засудженого на охорону здоров'я в обсязі, встановленому Основами законодавства України про охорону здоров'я, за винятком обмежень, передбачених законом. Охорона здоров'я забезпечується системою медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних заходів, а також поєднанням безоплатних і платних форм медичної допомоги. Засудженому гарантується право на вільний вибір і допуск лікаря для отримання медичної допомоги, у тому числі за власні кошти. Засуджені, які мають розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів чи інших одурманюючих засобів [3].

Для вирішення питання забезпечення права на життя та здоров'я громадян, у тому числі засуджених до позбавлення волі необхідно для реалізації виконати такі дії: 1) забезпечити рівний доступ до високоякісної медичної допомоги; 2) здійснити профілактику, раннє виявлення та ефективне лікування захворювань шляхом забезпечення відповідності медичної інфраструктури потребам територіальних громад; 3) забезпечити гарантований обсяг медичної допомоги, що надається громадянам на безоплатній основі за рахунок бюджетних коштів; 4) забезпечити захист прав пацієнтів; 5) забезпечити доступ до одержання медичної допомоги вразливих верств населення; 6) привести у відповідність із Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я критерії встановлення інвалідності та отримання реабілітаційних засобів і послуг людьми з інвалідністю; 7) створити рівний доступ до високоякісної медико-соціальної допомоги наркозалежним особам, людям, які живуть з

3. Кашинцева О.Ю. Ключові положення української патентної реформи у сфері охорони здоров'я. *Теорія і практика інтелектуальної власності*. 2018. № 3. С. 46-50.

4. МОЗ працює над покращенням доступу до патентованих інноваційних препаратів / прес-центр МОЗ [Електронний ресурс]. – 2018. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/news/moz-pracjue-nad-pokraschenjam-dostupu-do-patentovanih-innovacijnih-preparativ>

5. Пасько М.І. Суб'єкт медичної сфери: пацієнт, клієнт, споживач медичних послуг / М.І. Пасько // *Економіка і суспільство*. – 2017. – № 9. – С. 295-301.

6. Проектний офіс передав МОЗ систему eHealth / прес-центр МОЗ [Електронний ресурс]. – 2018. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/news/proektnij-ofis-peredav-moz-sistemu-ehealth>

7. Приходько О. Захист прав інтелектуальної власності сприяє розвитку інновацій у сфері охорони здоров'я – позиція виробників інноваційних ліків [Електронний ресурс] / О.Приходько // «Щотижневик АПТЕКА»: спеціалізоване медичне інтернет-видання. – 2018. – № 37.– Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/473199>

#### **Зарицький Г.А.**

кандидат медичних наук,  
асистент кафедри судової  
медицини та медичного права  
НМУ імені О.О. Богомольця

### **ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА ЛЮДИНИ НА ЖИТТЯ І ЗДОРОВ'Я: ОГЛЯД РІШЕНЬ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СУДУ З ПРАВ ЛЮДИНИ**

Вступ. В Україні право людини на життя і здоров'я закріплені в Конституції України та цілій низці Законів. Однак, починаючи з 2012 року Україна знаходиться в трійці лідерів за кількістю позовів громадян України в Європейський суд з прав людини (в подальшому ЄСПЛ), і у більшості винесених Постанов, суд констатує наявність порушень Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод (в подальшому – Конвенція).

Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод була прийнята 04.11.1950 р., і ратифікована Верховною радою України 17.07.1997 р. Право на життя закріплене в статті 2 Конвенції, в статтею 3 визначена повна заборона катування або нелюдського чи такого, що принижує гідність, поводження або покарання.

Згідно з офіційними даними Європейського суду з прав людини, після приєднання України до Конвенції, усього було ухвалено 1304 постанови, із них 12 стосувались порушень, що привели до позбавлення життя (стаття 2), іще у 55 випадках суд не виніс рішення через блокування ефективного

розслідування. Значно більше постанов стосувались статті 3 Конвенції – 15 постанов про порушення заборони тортур, і 184 про нелюдське або принизливе положення. Кількість постанов зростала до 2012 року, досягла свого найвищого рівня у 2013 році, і після цього почала знижуватись.

Метою даної роботи було виявити характер порушень прав людини на життя і здоров'я, шляхом огляду рішень Європейського суду з прав людини.

За даними Дар'ї Мордас, начальника відділу систематизації практики Європейського суду з прав людини та підготовки запитів до Європейського суду з прав людини департаменту аналітичної та правової роботи Верховного Суду, за підсумками першого півріччя 2019 року Європейським судом з прав людини було розглянуто по суті більше шістдесяти справ проти України. Близько п'ятнадцяти рішень ЄСПЛ проти України за останнє півріччя стосуються порушення статті 3 Конвенції в аспекті ненадання медичної допомоги особам, що відбувають покарання в місцях позбавлення волі, або особам, що тримаються під вартою під час кримінального провадження.

За даними Юридичного вісника України в першому півріччі 2018 року усього було розглянуто 41 звернення та винесено 5 рішень про порушеннями ст. 3 Конвенції.

В цілому, порушення ст. 2 Конвенції зустрічаються рідко, тому основна увага була приділена аналізу порушень ст. 3 Конвенції.

Таблиця 1.

**Кількісні характеристики порушень ст. 3 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод по Україні**

Показник	1997-2018	I півріччя 2018	I півріччя 2019
К-сть постанов усього	1304	41	61
К-сть постанов з порушеннями ст. 3	199	5	15
Відсоток	15,3	12,2	24,6

Таблиця 2.

**Кількість постанов з виявленими порушеннями ст. 3 в країнах бувшого СРСР**

Країна	Кількість постанов всього	Кількість постанов з порушенням ст. 3	Відсоток постанов з порушеннями
Молдова	387	100	25,8
Росія	2501	880	35,2
Вірменія	103	12	11,7
Азербайджан	157	17	10,8
Естонія	58	6	10,3
Грузія	90	21	23,3
Латвія	140	19	13,5
Литва	194	22	11,3

повно задовольнити потреби судової практики в спеціальних психологічних знаннях, дозволить розшири коло вирішуваних завдань, а з іншого – потребує спеціалізації експертів.

**Список використаних джерел**

1. Коченов М. М. Судебно-психологическая экспертиза: теория и практика. *Избранные труды*. М. : Генезис, 2010. 352 с.
2. Арефіна Н. М. Експертне психологічне дослідження дитини: вікові обмеження // *Криміналістика і судебна експертиза : міжведомствений научно-методический збірник*. Вып. 59. К. : Министерство юстиции Украины, 2014. С. 492–498.
3. Шипшин С. С. Перспективы развития судебно-психологической экспертизы несовершеннолетних на современном этапе развития. *Теория и практика судебной экспертизы*. 2008. 4 (12). С. 15-23.

**Прокоф'єва М. Ю.**

студентка Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету

**Науковий керівник:**

**Ергард Наталія Миколаївна**

кандидат медичних наук, доцент,  
професор кафедри кримінального  
права і процесу Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету

**ПРАВОВІ ЗАСАДИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА ЛЮДИНИ НА ЖИТТЯ І ЗДОРОВ'Я**

Конституція України проголошує життя людини найвищою соціальною цінністю, а також закріплює право на життя, гарантуючи його заборонаю свавільного позбавлення життя та встановлюючи обов'язок держави захищати життя людини [1].

Ключовим у визнанні права людини на життя за Конституцією України є положення, згідно з яким це право є невід'ємним, невідчужуваним та непорушним. Право на життя належить людині від народження і захищається державою. Конституційні права і свободи, зокрема право людини на життя, гарантуються і не можуть бути скасовані, забороняється внесення будь-яких змін до Конституції України, якщо вони передбачають скасування прав і свобод людини і громадянина. Не допускається також звуження змісту та обсягу існуючих прав і свобод, в тому числі невід'ємного права людини на життя, в разі прийняття нових або внесення змін до чинних законів.

Право на здоров'я як особисте немайнове право полягає в сукупності можливостей фізичної особи вільно на власний розсуд визначати свою



психологічна, вважається одним із важливих правових інститутів, що зазнав на сьогодні істотних змін у зв'язку із оновленням цивільного та прийняттям чинного кримінального процесуального законодавства.

М.М. Коченовим були виокремлені основні предметні види судово-психологічної експертизи, в тому числі й окремий її вид – експертиза неповнолітніх обвинувачених як самостійний вид судово-психологічної експертизи [1].

З самого початку одним із пріоритетних напрямів судово-психологічної експертизи була експертиза неповнолітніх правопорушників, яку виокремлено в самостійний вид судово-психологічної експертизи. Судово-психологічна експертиза неповнолітніх підозрюваних (обвинувачуваних) є одним з найбільш складних предметних видів експертизи.

Психологічна експертиза потерпілого призначається часто у випадках, коли неповнолітня особа стає жертвою злочину. Призначення такої експертизи є доцільним у випадках, коли злочином явно завдається (або може бути завдана) психічна травма.

Експертне психологічне обстеження неповнолітньої особи починається з визначення завдань, що ставляться на вирішення органами досудового розслідування чи суду, з урахуванням яких буде ухвалено подальше судово-експертне дослідження. Приступаючи до подальших дій, перш за все необхідно відштовхуватись від специфіки протікання процесу психічного розвитку дитини, з урахуванням чого підбираються методики та психодіагностичний матеріал, а також визначається обсяг й зміст вихідних даних, необхідних для надання обґрунтованого та об'єктивного висновку [2, с. 494].

Однією з проблем, які існують в практиці проведення судово-психологічних експертиз неповнолітньої особи, є достатність рівня кваліфікації судового експерта з цього виду психологічної експертизи. В Україні питання забезпечення належної професійної компетентності судових експертів-психологів ще далеко від досконалості в його вирішенні. Відповідно до вимог ст. 10 Закону України «Про судову експертизу», судовими експертами можуть бути особи, які мають необхідні знання для надання висновку з досліджуваних питань. За останні роки вищими навчальними закладами нашої країни було випущено значну кількість практичних психологів. Програма підготовки окремих з них значно збідніла у порівнянні з програмою фундаментальної університетської освіти. Рівень підготовки деяких психологів у багатьох випадках відстає від державних стандартів з психологічної освіти. Все призводить до помилок, прорахунків, а й навіть до прямих порушень форми, процедури й змісту проведення судово-психологічної експертизи [3].

Виокремлення судово-психологічної експертизи неповнолітніх в самостійний вид психологічної експертизи, з одного боку дає змогу більш

Таблиця 3.

**Кількість постанов з виявленими порушеннями ст. 3 в країнах бувшого Варшавського договору**

Країна	Кількість постанов всього	Кількість постанов з порушеннями ст. 3	Відсоток постанов з порушеннями
Болгарія	682	84	12,3
Чехія	234	2	0,8
Угорщина	510	28	5,5
Польща	1166	55	4,7
Румунія	1434	265	18,5
Словакія	369	5	1,4

Таблиця 4.

**Кількість постанов з виявленими порушеннями ст. 3 в країнах Західної Європи**

Країна	Кількість постанов всього	Кількість постанов з порушеннями ст. 3	Відсоток постанов з порушеннями
Австрія	391	5	1,3
Бельгія	252	23	9,1
Німеччина	340	4	1,2
Франція	1013	36	3,6
Італія	2396	41	1,7
Нідерланди	164	11	6,7
Іспанія	167	1	0,6
Великобританія	547	19	3,5

Як видно з наведеної таблиці постанови з виявленими порушеннями ст. 3, за позовами громадян України, складають більше 15% від усіх винесених постанов. Кількість винесених постанов в різні проміжки часу могут значно змінюватись.

В країнах бувшого СРСР відсоток постанов ЄСПП з порушеннями ст. 3 Конвенції коливається в межах 10,3-35,2, в країнах бувшого Варшавського договору в межах 0,8 – 18,5, а в найбільших країнах Західної Європи – в межах 0,9-9,1. Наведена статистика чітко вказує на незадовільний стан справ з дотриманням права на здоров'я в Україні, який найбільше пов'язаний з неналежним наданням медичної допомоги в Пенітенціарній службі.

Як приклад можна навести справу «Гарумов проти України». В постанові ЄСПЛ зауважив, що невиправдані затримки у наданні органами влади заявнику медичної допомоги після встановлення його захворювання, незабезпечення його поміщення до лікарні для додаткового обстеження і стаціонарного лікування та подальше погіршення стану його здоров'я є достатніми ознаками серйозної неспроможності держави-відповідача надати йому належну медичну допомогу під час тримання під

вартою. Це становило нелюдське та таке, що принижує гідність, поводження у порушення статті 3 Конвенції.

Висновки. 1. В Україні відзначається значна кількість порушень статті 3 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод, велика кількість яких пов'язані із неналежним наданням медичної допомоги в закладах Пенітенціарної служби.

2. Характер і причини виявлених порушень в Україні майже не досліджуються і не висвітлюються в наукових юридичних і медичних виданнях, що унеможлиблює усунення та профілактику цих порушень.

3. Виходячи з великої кількості винесених постанов про порушення ст. 3 Конвенції, є потреба у проведенні повноцінного комплексного юридично-медичного аналізу усіх випадків виявлених порушень, з метою формування пропозицій з покращення надання медичної допомоги в закладах Пенітенціарної служби України, і юридичного супроводу цього процесу.

#### Список використаних джерел

1. Stats\_violation\_1959\_2018\_ENG.pdf, доступ:

[https://www.echr.coe.int/Documents/Stats\\_violation\\_1959\\_2018\\_ENG.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Stats_violation_1959_2018_ENG.pdf)

2. Дар'я Мордас. Огляд рішень Європейського суду з прав людини у справах щодо України, постановлених у першому півріччі 2019 року. Судебно-юридическая газета, 17.08.2019. Доступ: <https://sud.ua/ru/news/publication/148089-oglyad-rishen-yevropeyskogo-sudu-z-prav-lyudini-u-spravakh-schodo-ukrayini-postanovlenikh-u-pershomu-pivrichchi-2019-roku-4deb4c>

3. Наталя Карпова. ЄСПЛ і Україна. Аналіз постанов Європейського суду з прав людини щодо нашої країни в першому півріччі 2018 року. *Юридичні новини України*. Доступ: <https://lexinform.com.ua/v-ukraini/yespl-i-ukrayina-analiz-postanov-yevropejskogo-sudu-z-prav-lyudyny-shhodo-nashoyi-krayiny-v-pershomu-pivrichchi-2018-roku/>

обрання нового лікаря шляхом подання заяви про припинення поданої ним Декларації. Декларація може подаватись через електронну систему охорони здоров'я самостійно або шляхом звернення до надавача первинної медичної допомоги.

За зверненням пацієнта (його законного представника) уповноважена особа зобов'язана допомогти пацієнту (його законному представнику) заповнити та самостійно подати Декларацію через електронну систему охорони здоров'я за допомогою комп'ютера або іншого засобу зв'язку, що належить такому пацієнту (його законному представнику).

Надавачам первинної медичної допомоги забороняється відмовляти у прийнятті Декларації та веденні пацієнта, зокрема на підставі наявності у пацієнта хронічного захворювання, його віку, статі, соціального статусу, матеріального становища, зареєстрованого місця проживання тощо.

#### Список використаних джерел

1. Наказ 19.03.2018 № 503 [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/z0347-18>.

2. Основи законодавства України про охорону здоров'я, стаття 34 [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/ed20120113/page2>.

**Присяжнюк Анастасія Миколаївна,**  
студентка Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету  
**Науковий керівник:**

**Ергард Наталія Миколаївна**  
кандидат медичних наук, доцент  
професор кафедри кримінального права  
та процесу Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету

#### СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ СУДОВО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ НЕПОВНОЛІТНІХ

Розвиток науки, техніки та нових технологій призводить до того, що для успішного розгляду й вирішення все більшої кількості адміністративних, цивільних справ та розгляду кримінальних проваджень у суді необхідно застосовувати спеціальні знання, які сприяють ухваленню законних і обґрунтованих судових рішень. Використання таких знань можливе і шляхом призначення судово-психологічної експертизи, покликаної своїми спеціальними методами, прийомами та засобами сприяти встановленню обставин, які мають значення для цивільної, адміністративної справи чи кримінального провадження.

Не випадково судова експертиза, різновидом якої є судово-

надає первинну медичну допомогу, незалежно від зареєстрованого місця проживання такого пацієнта з числа осіб, які зазначені в договорі про медичне обслуговування населення, укладеному між відповідним надавачем первинної медичної допомоги та Національною службою здоров'я України (далі - НСЗУ).

Правовими документами не регламентуються причини, згідно яких можна змінити лікаря з надання первинної медичної допомоги. Відповідно такими можуть бути будь-яке невдоволення його лікарською практикою, а також будь-які інші причини.

Проте є певні умови, за яких надається право на зміну лікаря з надання первинної медичної допомоги. Найперше, це те, що особа, якій надається первинна медична допомога має досягти 14-ти років. В іншому випадку її право на зміну лікаря передається її законним представникам. По друге, можна обрати вподобаного лікаря лише, якщо «кількість пацієнтів, які вже обрали такого лікаря відповідно до «Порядку надання первинної медичної допомоги, затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 березня 2018 року № 504», не перевищує оптимальний обсяг практики первинної медичної допомоги.

Також не можна обрати вподобаного лікаря, якщо:

- є анулювання ліцензії надавача первинної медичної допомоги на право провадження господарської діяльності з медичної практики;

- є припинення трудових відносин з лікарем, який надає первинну медичну допомогу, зазначеним в Декларації, та надавачем первинної медичної допомоги або ФОП, що має господарські відносини з таким надавачем первинної медичної допомоги, або припинення господарських відносин між надавачем первинної медичної допомоги або ФОП, що обраний(а) лікарем, який надає первинної медичної допомоги за Декларацією;

- при набранні законної сили вироком суду про заборону лікарю, який надає первинної медичної допомоги, зазначеному в Декларації, займатись медичною діяльністю;

- при поданні заяви лікарем, який надає первинної медичної допомоги, про відмову від подальшого ведення пацієнта у зв'язку з тим, що пацієнт не виконує медичних приписів або правил внутрішнього трудового розпорядку надавача первинної медичної допомоги, за умови, що це не загрожуватиме життю пацієнта і здоров'ю населення;

- при смерті лікаря, який надає первинної медичної допомоги.

Реалізація свого законного права відбувається таким шляхом: пацієнт (його законний представник) може змінити лікаря, який надає первинну медичну допомогу, шляхом подання тому самому або іншому надавачу первинної медичної допомоги нової Декларації відповідно до цього Порядку. Також пацієнт (його законний представник) має право відмовитись від лікаря, який надає первинну медичну допомогу, без

**Калиновська Марина Станіславівна**  
Лікар-інтерн кафедри судової медицини  
та медичного права  
НМУ імені О. О. Богомольця  
**Науковий керівник:**  
**Федорова Олена Анатоліївна**  
кандидат медичних наук, асистент  
кафедри судової медицини та  
медичного права  
НМУ імені О. О. Богомольця

## **ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО КОДЕКСУ ЯК ЗАСІБ ПРАВОВОГО ЗАХІСТУ ЛІКАРІВ**

Нині в Україні дуже гостро стоїть питання про надання належного правового захисту лікарям. Досі не існує чітких правових норм у сфері охорони здоров'я, нерідко зустрічаються законодавчі колізії і ситуації, коли норми різних актів, що регламентують у тій чи іншій мірі охорону здоров'я, суперечать один одному, а також характерна надмірна розпорошеність норм, що стосуються охорони здоров'я, по всьому законодавству [1].

Позитивною тенденцією є те, що останнім часом дедалі більше юристів в Україні починають цікавитися та розбиратися у проблемах саме медичного характеру та надавати лікарям необхідні консультації, які можуть допомогти у вирішенні складних питань. Але цього, на жаль, недостатньо.

На нашу думку, впровадження Медичного кодексу як єдиного нормативно – правового акта, метою якого є регулювання відносин у сфері надання медичної допомоги, може суттєво допомогти у вирішенні питання про надання належного правового захисту не лише лікарям, а й пацієнтам, а також стати у нагоді юристам, що займаються вирішенням саме медичних питань.

Законодавство про охорону здоров'я багатьох розвинутих країн (Франція, США, Італія, Іспанія та ін.) включає Медичні кодекси, норми яких регулюють відносини медичних працівників з пацієнтами, їх родичами, законними представниками, а також професійні відносини медиків між собою, відносини з адміністрацією закладів охорони здоров'я та органами державної влади і органами місцевого самоврядування [2].

Медичний кодекс України має розроблятися командою кваліфікованих спеціалістів, що включатиме медиків, юристів, соціологів, міжнародних спеціалістів тощо. За структурою кодекс має складатися із двох частин: Загальної та Особливої. У Загальній частині мають висвітлюватися такі питання, як правовий статус лікаря, пацієнта, медичної сестри та інших медичних працівників, основні завдання

кодексу тощо, а в Особливій, в свою чергу, висвітлюватимуться та регулюватимуться питання щодо надання медичної допомоги спеціалістами у різних медичних галузях (напр. стоматологічній, хірургічній, психіатричній тощо).

Поруч із цим, критично необхідним є продовження імплементації міжнародних клінічних протоколів та гайдлайнів у практику українських лікарів, оскільки вони є захистом для лікаря, який позбавляється необхідності лікування пацієнта за застарілими стандартами, а також вилучення з медико-технологічних документів тих діагностичних і лікувальних заходів чи препаратів, ефективність яких не доведена та які можуть виявитися неоптимальними в певній клінічній ситуації для вилікування пацієнта тощо [3]. Необхідно зазначити, що наразі в Україні ще існує База стандартів медичної допомоги, в якій представлені документи, що розроблялися до 2012 року, в основному експертним методом, тобто не на засадах доказової медицини [4].

Також й самі медичні працівники, у свою чергу, мають дбати про здобуття необхідного мінімуму юридичних знань для власного захисту та забезпечення, зокрема, шляхом здобуття юридичної освіти та відвідування юридичних конференцій тощо, а у вищих медичних освітніх закладах поряд із клінічними дисциплінами має приділятися значно більше уваги та значення такій дисципліні, як медичне право.

Отже, з огляду на вищезазначене, я вважаю, що в Україні наразі настав час для негайного впровадження Медичного кодексу як єдиного нормативно – правового акта, що регулюватиме всі взаємовідносини медиків та пацієнтів.

#### **Список використаних джерел**

1. <http://www.medlawcenter.com.ua/ru/66/102.html>
2. <https://www.umj.com.ua/article/483/medichnij-kodeks-yak-osnova-v-reformuvanni-oxoroni-zdorov-ya-ukraini>
3. <https://www.vz.kiev.ua/zahyst-prav-medychnyh-pratsivnykiv-gotujmosya-do-samooborony/>
4. <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/>

*частина. Курс лекцій. Навчальний посібник. Київ: 2006. 192 с.*

6. Вермель В. И., Солохин А. А. *Формальная логика в судебной медицине*: Москва: 1995. 92 с.

#### **Поступайло Павло Ярославович**

Студент 7511 групи 3 курсу  
Стоматологічного факультету  
НМУ імені О. О. Богомольця

#### **Науковий керівник:**

**Хміль Ірина Юрївна**  
старший викладач кафедри  
судової медицини та медичного права  
НМУ імені О. О. Богомольця

### **ПРАВОВЕ ПІДГРУНТТЯ І ПРОЦЕС РЕАЛІЗАЦІЇ ВИМОГИ ПРО ЗМІНУ ЛІКАРЯ І ВИБІР НОВОГО ЛІКАРЯ**

З введенням в дію 19.03.2018 наказу № 503 перед населенням України постало питання вибору лікаря з надання первинної медичної допомоги.

Через необізнаність у новій системі деякі українці обрали наосліп лікарів з надання первинної медичної допомоги, а також певна кількість людей з тих чи інших суб'єктивних чи об'єктивних причин залишилась невдоволеною обраними лікарями з надання первинної медичної допомоги і через певний проміжок часу дійшли до висновку про необхідність зміни останнього. Саме тому в даній роботі буде розглянуте правове підґрунтя і процес реалізації свого права у закладах з надання первинної медичної допомоги.

Лікуючий лікар – лікар закладу охорони здоров'я або лікар, який провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа - підприємець і який надає медичну допомогу пацієнту в період його обстеження та лікування. («Основи» Ст.34). Лікар з надання первинної медичної допомоги – професіонал у галузі лікувальної справи (лікар загальної практики – сімейний лікар, лікар-педіатр, лікар-терапевт), який перебуває у трудових відносинах із надавачем первинної медичної допомоги або провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа – підприємець та особисто надає первинну медичну допомогу.

Правове підґрунтя: пацієнт (його законний представник) має право змінити лікаря, який надає первинну медичну допомогу (Наказ №503 від 19.03.2018). Лікуючий лікар обирається пацієнтом або призначається йому в установленому «Основами» порядку. Обов'язками лікуючого лікаря є своєчасне і кваліфіковане обстеження та лікування пацієнта. Пацієнт вправі вимагати заміни лікаря. («Основи» ст.34).

Пацієнт (його законний представник) має право обрати лікаря, який

патології, тобто відбувся так званий «синергізм» причин, кожна із яких сама по собі не могла спричинити такий наслідок. В такому разі між дефектом і наслідком слід встановлювати опосередкований причинно-наслідковий зв'язок. Даний випадок є типовим прикладом ятрогенії. Не слід плутати вказану ситуацію з нещасним випадком, при якому дефект у наданні медичної допомоги відсутній взагалі, коли заходи були виконані вірно, у повному обсязі та вчасно, проте настання негативного наслідку було викликано випадковим збігом обставин, кожна з яких сама по собі не могла викликати настання такого наслідку. При цьому медичний працівник не може і не повинен передбачити настання несприятливого наслідку. У вказаній же вище ситуації має місце дефект, який, як правило, викликаний недообстеженням хворого, недостатніми знаннями медичного працівника, тощо, який не врахував можливість настання наслідку за наявності вже існуючого фактора – патологічного процесу чи ушкодження. Другим випадком ятрогенії, безумовно, слід вважати і ситуацію, коли так званого «синергізму» факторів немає, тобто навіть за відсутності лікування хворий би видужав, а дефект у вигляді невірного лікування був головним у настанні несприятливого наслідку.

Таким чином, невірне встановлення причинно-наслідкових зв'язків у ході проведення експертизи призводить до того, що один із суб'єктів злочину (особа, що спричинила тілесні ушкодження, або медичний працівник, що неввірно надав медичну допомогу) уникає кримінальної відповідальності, що підвищує криміналізацію нашого суспільства і підриває авторитет правоохоронних органів.

#### Список використаних джерел

1. Are medical errors really the third most common cause of death in the U.S.? (2019 edition). Science-based medicine. 2019. URL: <https://sciencebasedmedicine.org/are-medical-errors-really-the-third-most-common-cause-of-death-in-the-u-s-2019-edition/> (дата звернення: 17.09.2019).

2. Обнародованы шокирующие данные о смертности в Украине из-за врачебных ошибок. Газета «Факти». 2019. URL: <https://fakty.ua/295516-obnarodovany-shokiruyushie-dannye-o-smertnosti-v-ukraine-iz-zh-vrachebnyh-oshibok> (дата звернення: 17.09.2019).

3. Плетенецька А. О., Кондратенко В. Л., Легедза А. В. Особливості проведення судово-медичних експертиз при оцінці надання акушерсько-гінекологічної медичної допомоги. *Участь спеціаліста у кримінальному провадженні*: матеріали міжвідомчого науково-практичного круглого столу. Київ: 2019. С. 98-101.

4. Дунаєвська Л. Г. *Розслідування злочинів, вчинених під час надання медичної допомоги*. Монографія. Київ: 2012. 168 с.

5. Курило В. І., Михайлов О. Є., Яра О. С. *Кримінологія: Загальна*

**Кібальник Я. В.**

студентка Юридичного факультету;  
Національного авіаційного університету

**Науковий керівник:**

**Ергард Наталія Миколаївна**

кандидат медичних наук, доцент  
професор кафедри кримінального права  
та процесу Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету

#### ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ ПРОВЕДЕННЯ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

На сьогоднішній день серед медичних наук судова медицина посідає особливе місце. Це галузь науки, яка потребує знань як з медицини, так і з юриспруденції. Виникнення судової медицини історично пов'язане з необхідністю використання медичних знань для потреб правосуддя, особливо під час досудового розслідування злочинів, спрямованих проти здоров'я чи життя людини виникають складні медичні завдання зі встановлення причини смерті особи, визначення тяжкості тілесних ушкоджень, судово-медичне освідчування громадян та ін. Для вирішення таких завдань є необхідність призначення судово-медичної експертизи, яка потребує постійного удосконалення.

Судово-медична експертиза – це галузь практичної медицини, яка використовує знання судової медицини в правовій і судовій практиці. Основне завдання полягає в наданні допомоги правосуддю при розслідуванні злочинів проти життя і здоров'я особи, також передбачає надання допомоги органам охорони здоров'я в справі підвищення рівня лікувально-профілактичної роботи.

У результаті проведення судово-медичних експертиз отримують дані, що мають важливе значення для доказування у кримінальному та цивільному судочинстві. Згідно з КПК судово-медична експертиза призначається обов'язково: 1) для встановлення причини смерті; 2) для встановлення тяжкості і характеру тілесних ушкоджень; 3) для встановлення статеві зрілості потерпілої у справах про злочини, передбачені Кримінальним кодексом України; 4) встановлення правильності й своєчасності надання медичної допомоги; віку; факту й ступеня алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння [2, с. 165].

Об'єктами судово-медичної експертизи можуть бути: потерпілі, обвинувачувані й інші особи (живі особи); трупи; речові докази; матеріали кримінальних і цивільних справ. Дослідження кожного об'єкта проводиться відповідно до спеціальних інструкцій, методичних рекомендацій, правил, затверджених МОЗ України.

Для розгляду найважливіших питань судової експертизи, що мають

міжвідомчий характер, при Міністерстві юстиції України створена Координаційна рада з проблем судової експертизи. Міністерство юстиції України веде реєстр атестованих судових експертів державних і підприємницьких структур і громадян. Судово-медична експертиза виконується за принципом інстанційності. Найважливішою ланкою в організації судово-медичної експертної служби в Україні є обласні бюро судово-медичної експертизи [6, с. 3].

Законодавством України передбачено проведення: 1) первинної судово-медичної експертизи – це перше дослідження об'єкта, за його результатами складається “Висновок експерта”; 2) додаткова судово-медична експертиза – яку виконують за недостатньої ясності або повноти висновків; висновок може бути неповним не тільки в тих випадку, коли експерт не вирішив ті чи інші питання, але й в тих випадках, коли йому не були надані всі необхідні матеріали, або появились нові дані; 3) повторна судово-медична експертиза може бути призначена у випадках, коли “Висновок експерта” сумнівний, розходиться з результатами попереднього слідства або необґрунтований; проведення такої експертизи доручається іншому експерту або кільком експертам; експерт, який проводить первинну експертизу, не може виконувати повторну експертизу або брати участь у її проведенні; судово-медична експертиза може бути комісійною або комплексною; комісійною вважається експертиза, яку виконують фахівці різних медичних спеціальностей: судово-медична експертиза, яку виконують експерти різних медичних і немедичних спеціальностей називається комплексною [5, с. 332-333].

При проведенні судово-медичної експертизи можуть бути присутні:

- слідчий (за винятком проведення експертизи особи іншої статі, коли це супроводжується її оголошенням);
- обвинувачений та інша особа (тільки з дозволу слідчого);
- лікарі лікувально-профілактичних закладів (з дозволу слідчого).

Оцінюючи результати проведених експертних досліджень, застосовують методи аналізу, синтезу, індукції, дедукції, формалізації, абстрагування та ін.

Таким чином, судово-медична експертиза завжди перебувала на передових позиціях медичної та юридичної наук і відповідає сучасним, прогресивним вимогам, мала великий авторитет у представників правоохоронних органів як наука, що об'єктивно відображає різні сторони доказового процесу при тих чи інших діях в судово-слідчому процесі.

#### Список використаних джерел

1. Конституція України: Закон України від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР (станом на 15 берез. 2016 р.): [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/254k/96-вр>.
2. Експертиза у судочинстві України: наук.-практ. посіб. / за заг. ред.

причин відбувається протягом перебігу патологічного стану. Наприклад, колото-різане поранення с ушкодженням крупної кровоносної судини за умов ненадання медичної допомоги може призвести до смерті. В такому випадку колото-різане поранення перебуває у прямому причинному зв'язку зі смертю, водночас з цим дефект надання медичної допомоги також знаходиться у прямому причинному зв'язку зі смертю. У подібних випадках питання постанови повинні були сформульовані теж вірно: чи є причинно-наслідковий зв'язок між дефектами та наслідком? Чи є причинно-наслідковий зв'язок і який між ушкодженням (патологічним станом) та наслідком?

При встановленні причинно-наслідкового зв'язку між дефектом та наслідком потрібно знайти так звану «точку неповернення», після якої будь-які, навіть вірно проведені, заходи не змогли б вплинути на протікання процесу, і несприятливий наслідок настав би у будь-якому випадку. В такому разі навіть за наявності дефекту надання допомоги він не буде перебувати у причинному зв'язку з наслідком. Це потрібно пам'ятати особливо при невідкладних станах, коли несвоєчасне проведення заходів прирікає хворого на смерть. Своєчасність надання медичної допомоги в таких випадках визначається із урахуванням можливості надання цієї допомоги (наприклад: хворому невчасно надали медичну допомогу за можливості це зробити – дефект перебуває у прямому причинному зв'язку з наслідком; хворому невчасно надали медичну допомогу за відсутності фактичної можливості зробити це (наприклад, він запізно звернувся до лікувального закладу) – дефект не перебуває у зв'язку). Не слід плутати це з настанням несприятливого наслідку при невірному виконаних (або невиконаних) медичних заходах за наявності *невідворотного результату*. В подібних випадках слід казати про дефект надання медичної допомоги. Наприклад, хворий з невиліковною хворобою поступає з травмою тощо у заклад, де медичним персоналом допускаються дефекти у наданні медичної допомоги, саме внаслідок яких настає смерть хворого або інші тяжкі наслідки.

Іншу ситуацію складають випадки, коли сам по собі патологічний стан або ушкодження не міг призвести до настання несприятливого наслідку при своєму звичайному перебігу, а дефект надання медичної допомоги сприяв настанню такого наслідку. В цьому випадку причина розвитку патологічного стану або ушкодження не буде головною, а, отже, не буде перебувати у прямому причинному зв'язку з наслідком. Слід розцінювати таку причину і дефекти, як фактори одного рівня. Наприклад, у хворого на фоні інфекційної хвороби (яка сама по собі у своєму клінічному перебігу не повинна були спричинити настання смерті) виникло зниження імунітету або алергія, при цьому в лікувальному закладі було введено ліки, які погіршили стан хворого і нанесли додаткову шкоду здоров'ю. В такому разі така реакція на лікування була обумовлена наявністю якоїсь

потребував надання медичної допомоги, виник не внаслідок захворювання, а внаслідок спричинення ушкоджень іншою особою. Так серед 950 експертиз за «лікарськими справами», проведених з 2013 по 2018 рр у Головному бюро, експертизи у випадках попереднього спричинення травм потерпілим склали 42,8 % [3]. В таких випадках перед слідчо-судовими органами повстає питання кваліфікації вже декількох злочинів: спричинення тілесних ушкоджень однією (кількома) особою та надання медичної допомоги медичними працівниками. При цьому кожен суб'єкт повинен нести юридичну відповідальність за окремою статтею. Правоохоронним органам же, в свою чергу, необхідно зібрати докази для того, щоб склад злочину був повним. Саме для цього призначається судово-медична експертиза, у ході якої експерти дають відповіді поставлені питання, зокрема і визначають наявність або відсутність причинно-наслідкового зв'язку між несприятливим наслідком та спричиненням тілесних ушкоджень, а також наступним наданням медичної допомоги.

Аналізуючи об'єктивну сторону злочинів, передбачених статтями 139 та 140 ККУ, слід зауважити, що кримінальна відповідальність за ними настає тільки за наявності трьох елементів, які характеризують об'єктивну сторону: дія (бездіяльність) суб'єкту, настання наслідків та причинно-наслідковий зв'язок між ними, а для ст. 139 ще й додатково відсутність поважної причини у медичного працівника, наявність якої встановлює суд [4, 5]. Якщо причинний зв'язок між діянням і наслідком не встановлений, об'єктивна сторона злочину з матеріальним складом відсутня внаслідок відсутності такої обов'язкової її ознаки, як причинний зв'язок. Тому по кожній кримінальній справі для наявності об'єктивної сторони злочину з матеріальним складом необхідно встановити (вивчити, пізнати) не лише діяння, але і суспільно небезпечний наслідок, а також причинний зв'язок між діянням і наслідками як явищами реальної дійсності.

При аналізі експертиз у випадках неналежного надання медичної допомоги у випадках наявності травм нерідко експерти помилково ототожнюють різні взаємозв'язки, при цьому встановлюючи прямий зв'язок між наслідком та ушкодженням та заперечуючи такий зв'язок між наслідком і дефектом надання медичної допомоги. Отже, судово-медичні експерти, не усвідомлюючи цього, руйнують склад одного зі злочинів, що є приводом для закриття кримінального провадження.

При встановленні причинно-наслідкових зв'язків судово-медичні експерти повинні, перш за все, керуватися законами формальної логіки [6]. Отже, не слід плутати декілька причини, вплив яких призводить до настання наслідків (дефект + супутня патологія, важкість стану, тощо) – опосередкований зв'язок, і безпосередню причину розвитку важкого стану хворого (між нею і наслідком завжди вбачається прямий зв'язок). Такі зв'язки не можна ототожнювати. Приєднання дефекту чи/або інших

В. Г. Гочаренка, І. В. Гори. К.: Юринком Інтер, 2015. 504 с.

3. Червяк П. І. Медична енциклопедія. Видання 3-тє, доповнене. К.: Вид. центр «Просвіта», 2012. 1504 с.

6. Види судово-медичних експертних установ. URL: <http://textbooks.net.ua/content/view/4773/38>.

#### **Кобилянський О.Л.**

кандидат юридичних наук, доцент, доктор філософії,  
професор кафедри кримінального права юридичного  
факультету Державного університету  
інфраструктури та технологій

### **ЕКСПЕРТИЗА КЛИНКОВОЇ ХОЛОДНОЇ ЗБРОЇ: СУЧАСНИЙ СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ**

Ножі є невід'ємною частиною нашого життя. Виділити з безлічі предметів господарсько-побутового, спортивного та спеціального призначення холодну зброю дозволяє проведення відповідної експертизи.

Криміналістична експертиза холодної зброї з часу своєї появи має доволі суб'єктивний і суперечливий характер. Причиною цього часто було як недосконалість законодавчої бази, так і різнополярність думок провідних криміналістів, які займаються вивченням проблем дослідження холодної зброї.

Однією з найважливіших проблем, що стоїть перед експертами криміналістами при дослідженні холодної зброї, є питання про належність предметів до холодної зброї.

Вирішення питання про віднесення того чи іншого предмета до холодної зброї потребує використання спеціальних знань. Особливо часто така необхідність виникає, коли вилучений у справі об'єкт не має різко виражених ознак холодної зброї і його важко відмежувати від предметів виробничого чи господарсько-побутового призначення. Складність такого відмежування визначається ще й тим, що холодна зброя поділяється на різні види, підвиди, типи, кожен з яких має специфічний набір ознак, що характеризують її цільове призначення, принцип дії і конструктивні особливості.

Короткоклінкова холодна зброя і вироби, конструктивно подібні до неї, є предметами «подвійного призначення», тобто можуть застосовуватися як для ураження цілі, так і використовуватися в господарсько-побутових цілях. Причому ураження цілі і виконання господарських операцій забезпечують одні й ті ж елементи конструкції. Ці особливості холодної зброї породжують масу проблем при проведенні експертизи. З одного боку, ознаки холодної зброї, що становить той чи інший вид, дуже різноманітні і, з іншого – схожі з ознаками предметів господарсько-побутового призначення. Тому складно виділити специфічні для конкретного виду зброї ознаки і відрізнити один вид від іншого, а в

деяких випадках неможливо розмежувати зброю і предмети господарсько-побутового призначення.

Концепція Методики полягає у встановленні і оцінці відповідності необхідної і достатньої сукупності ознак досліджуваного об'єкта сукупності ознак відомих аналогів та зразків, що належать до конкретного виду і типу холодної зброї чи іншим виробам. Такий підхід при дослідженні холодної зброї виправданий, якщо виходити з того, що еволюція даного виду зброї зупинилася. А що робити у випадку, коли нема з чим порівнювати, відсутні аналоги і зразки через унікальність авторського виробу. Також, практично неможливо каталогізувати всі зразки холодної зброї, виробленої в світі.

Техніко-криміналістичні вимоги до клинкової холодної зброї, що містяться у Методиці, визначають розмірні характеристики для різних видів холодної зброї. Наприклад, для клинкової холодної зброї, мінімальна товщина клинка повинна складати 2,6 мм, а мінімальна довжина – 90 мм. У зв'язку з цим виробникам доцільніше здійснювати виробництво ножів з довжиною клинка 89 мм або з товщиною клинка 2,5 мм. Це дозволяє віднести об'єкт дослідження до категорії ножів, які перебувають у вільному обігу. При цьому, по суті, ніж фактично не позбувається такої криміналістичної ознаки як придатність для неодноразового ураження цілі.

Викладене дає підстави говорити про те, що віднесення клинкової зброї до категорії холодної зброї має умовний характер, який визначається суб'єктивно.

Критично оцінюючи Методику дослідження холодної зброї виникає питання про доцільність визначення належності досліджуваного об'єкта до холодної зброї?

Як показує вивчення слідчої та експертної практики, при вчиненні злочинів в переважній більшості випадків використовуються ножі господарсько-побутового призначення. У той час як ножі, що відносяться до категорії холодної зброї, як правило, вилучаються в ході оглядів, обшуків і т.д. У разі визнання предмета холодною зброєю необхідно встановити джерело його придбання, виготовлення і притягнути винних осіб до кримінальної відповідальності за незаконне виготовлення та/або збут холодної зброї (ч. 2 ст. 263 КК України). Встановленню даних фактів на практиці не завжди приділяється достатня увага.

Беручи до уваги, що зазначені норми КК України фактично не застосовуються, дані види злочинів можуть бути декриміналізовані як такі, що не становлять великої суспільної небезпеки. Це покладе край триваючим десятиліттями спорам про критерії, що висуваються до холодної зброї, і суттєво знизять навантаження на експертні підрозділи.

Виходячи з викладеного вище, виносимо на розгляд такі пропозиції:

1. Виключити з національного законодавства норми, в яких наявне

Україна вибрала для себе курс на євроінтеграцію і продовжує процес узгодження українського законодавства в галузі захисту права на життя з європейськими стандартами гарантування прав людини. Європейський вибір України визначає державну політику як таку, що спрямована на наближення рівня життя громадян України до європейських стандартів, укорінення європейських цінностей в усіх сферах функціонування Української держави та суспільства. Але не треба забувати про те, що реалізація тільки права на життя недостатньо для повноцінного існування та розвитку особистості. Для цього необхідними є повага та дотримання інших прав та свобод. В іншому разі, право на життя перетвориться лише на право на існування.

#### Список використаних джерел

1. Кримінальний кодекс України від 05.04.2001 № 2341-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14> (дата звернення: 25.09.2019).
2. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15> (дата звернення: 26.09.2019).
3. Загальна декларація прав людини від 10.12.1948. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_015](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015) (дата звернення: 05.12.2018).
4. Міжнародний пакт про громадянські та політичні права від 16.12.1966. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_043](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_043) (дата звернення: 05.12.2018).

**Плетенецька Аліна Олександрівна,**

кандидат медичних наук,

асистент кафедри судової медицини

та медичного права Національного

медичного університету імені О.О. Богомольця

#### **ОСОБЛИВОСТІ ВСТАНОВЛЕННЯ ПРИЧИННО-НАСЛІДКОВИХ ЗВ'ЯЗКІВ У СУДОВО-МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ У ВИПАДКАХ НАДАННЯМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

Питання неякісного надання медичної як в Україні, так і поза її межами, є вкрай актуальним [1, 2]. Проте, як свідчать дані зі звітів про кримінальні правопорушення Генеральної прокуратури України 2009р по вересень 2019 р, зі звітній період більша частина кримінальних проваджень (92,3 %) закривалася за ч. 1 п. 2 ст. 284 Кримінального процесуального Кодексу України (за встановленням відсутності в діянні складу кримінального правопорушення). При статистичному аналізі комісійних судово-медичних експертиз, проведених у ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України», було виявлено, що питома вага експертиз щодо надання медичної допомоги збільшилась з 23, 53% у 2013р до 34,3% у 2018р. Експертизи щодо якості надання медичної допомоги відрізняються складністю і різноманітністю. Нерідко стан, що



життя:

5. недозволеність стерилізації щодо неповнолітньої особи та особлива вимога щодо порядку стерилізації недієздатної особи;

6. визначений порядок проведення операцій по штучному перериванню вагітності, штучного запліднення та перенесення зародка в організм жінки [2].

Міжнародне ж визнання на життя набуло у Загальній декларації прав людини, прийнятій Генеральною асамблеєю ООН 10 грудня 1948 р. Ст. 3 Загальної декларації прав людини проголошує, що кожна людина має, зокрема, право на життя [3].

Прийнята Конвенція про захист прав людини і основних свобод 1950 р. у ст. 2 закріплює, що право кожної особи на життя захищається законом. Його зміст полягає в тому, що людина не може бути навмисно позбавлена життя. Право на життя являє собою фундаментальне (першорядне), невідчужуване, абсолютне право людини, яке означає, що держава гарантує захист від посягання на життя і свавільного позбавлення життя, підтримку життя і сприяння його продовженню.

У статті 6 Міжнародного пакту про громадянські та політичні права від 16 грудня 1966 р. право на життя визначається як невід'ємне право кожної людини, яке охороняється законом, і якого ніхто не може бути свавільно позбавлений [4]. Захист цього права передбачає необхідність скасування страти у всіх державах.

До можливості забезпечення права на життя можна віднести:

1) проведення державою миролюбної політики, яка виключає війни та конфлікти;

2) заборону вбивств;

3) боротьбу зі злочинністю, особливо з терористичними актами;

4) попередження дитячої смертності;

5) охорону від нещасних випадків на виробництві;

6) профілактику дорожньо-транспортних пригод;

7) профілактику пожежної безпеки;

8) заборону смертної кари та інші.

Право на життя кожної людини органічно взаємопов'язане з усіма сферами суспільних відносин. З огляду конституційного права, проблема права на життя є далеко не простою та має особливе практичне значення. Це пояснюється тим, що в чинному законодавстві та правозастосовній практиці виникає чимало питань, пов'язаних з визначенням правового змісту і правових критеріїв реалізації права на життя, його забезпечення, механізму регулювання, охорони та захисту різних сторін права на життя. Завдання полягає в тому, щоб чітко визначити необхідність конституційного закріплення права на життя, сформулювати його правовий зміст, місце в системі конституційних прав і свобод людини і громадянина, а також розкрити його гарантованість.

поняття «холодна зброя».

2. Законодавчо закріпити поняття «небезпечних предметів», носіння яких в місцях і за обставин, що явно не відповідають їх цільовому призначенню, повинно тягнути адміністративну відповідальність у вигляді значної суми штрафу та конфіскації «небезпечного предмету» (наприклад, поява в місцях проведення масових заходів з мисливським ножом тощо).

3. Законодавчо закріпити використання і/або застосування при вчиненні злочинів «небезпечних предметів» (ті, які до цього визнавалися холодною зброєю та конструктивно схожими виробами) як обставину, що обтяжує покарання.

Викладене вище та в попередніх роботах свідчить про наявність проблемних питань в цій галузі та необхідність їх комплексного вивчення та обговорення фахівцями в галузі криміналістики, судової експертизи, адміністративного та кримінально права.

#### Список використаних джерел

1. Кофанов А.В., Кобилянський О.Л., Кофанова О.С. Криміналістичне дослідження холодної зброї. К.: УкрДГРІ, 2013. 228 с.

2. Кобилянський О.Л., Кофанов А.В., Приходько Ю.П. Криміналістичне дослідження металевих холодної зброї. К.: УкрДГРІ, 2014. 140 с.

3. Кобилянський О.Л., Малікова А.О. Проблемні аспекти експертизи холодної зброї (частина 3). *Судово-експертна діяльність: сучасний стан та перспективи розвитку*. К.: ННПФЕКП НАВС, 2015. 444 с. С. 180-183.

4. Кобилянський О.Л. Проблемні питання експертизи холодної зброї. *Криміналістичний вісник*. 2014. №2. С. 65-73.

5. Кобилянський О.Л. Експертиза холодної зброї: проблеми сьогодення. *Актуальні проблеми криміналістики та судової експертології*. К.: НАВС, 2018. С. 166-169.

6. Кобилянський О.Л., Кофанов А.В. Дискусійність сучасного суспільного сприйняття поняття «холодна зброя». *Legal practice in EU countries and Ukraine at the modern stage*. Romania, Arad. 2019. 526-529 р.

7. Кофанов А.В., Кобилянський О.Л. Теоретичні аспекти криміналістичного дослідження холодної зброї та схожих з нею предметів (пристроїв). К.: УкрДГРІ, 2013. 46 с.

8. Кофанов А.В., Кобилянський О.Л. Методологічні та методичні аспекти криміналістичного дослідження холодної зброї та схожих з нею предметів (пристроїв). К.: УкрДГРІ, 2013. 40 с.

9. Кофанов А.В., Кобилянський О.Л. Теорія і практика криміналістичного дослідження холодної зброї. К.: УкрДГРІ, 2013. 56 с.

10. Кофанов А.В., Кобилянський О.Л. Практичні аспекти криміналістичного дослідження холодної зброї та схожих з нею предметів (пристроїв). К.: УкрДГРІ, 2013. 37 с.

**Копач Олеся Ярославівна**

лікар-інтерн НМАПО ім. П.Л. Шупика  
кафедра судово-медичної експертизи

**Циганко Оксана Ігорівна,**

лікар судово-медичний експерт відділу  
судово-медичної експертизи групів ХОБСМЕ

**Науковий керівник:**

**Плетенецька Аліна Олександрівна,**

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

**СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА ЗАЛІЗНИЧНОЇ ТРАВМИ**

Питання залізничного травму було актуальним завжди не тільки в Україні, а і у інших країнах світу. За даними Б.В. Михайличенка (Судово-медичний моніторинг випадків смертельного травмування на залізниці в Києві у 1996-2001 роках) , за 6 років у Києві від залізничної травми загинуло 410 осіб [1]. Отже, ця проблема є важливою у практиці судово-медичного експерта. Статистика смертності під колесами моторошна. Лише торік, за даними Укрзалізниці, на залізниці під поїзд потрапили 580 осіб, 338 з них загинули [2].

Залізнична травма – механічні ушкодження тіла людини, що виникають внаслідок дії рейкового транспорту, що рухається.

Розрізняють п'ять видів залізничної травми: удар поїздом, що рухається; переїзд колесами; падіння з поїзда, що рухається; стиснення вагонами; травма всередині вагона під час залізничних катастроф.

Ушкодження при залізничній травмі розділяють на дві групи:

- ушкодження, типові для залізничної травми.
- ушкодження, нетипові для залізничної травми.

У свою чергу, серед типових можна виділити:

а) типові ушкодження, пов'язані з перекочування колеса через тіло людини;

б) типові ушкодження, не пов'язані з перекочування колеса через тіло людини [3].

Основними ушкоджуючими факторами є виступаючі частини рухомих локомотивів і вагонів, рейки і колеса, які обертаються. Всі перераховані фактори відносяться до тупих твердих предметів з широкою або обмеженою травмуючою поверхнею. Осколки скла і загострені частини розірваного металу можуть надавати ріжучу, колючу і колючо-ріжучу дію. При випаданні з рухомого потягу ушкодження виникають в результаті ударів об ґрунт або придорожні споруди. Ушкоджують фактором може

**Паламарчук А.М.**

студентка 4 курсу, група ПР - 401  
Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету  
**Науковий керівник:**

**Ергард Наталія Миколаївна**

кандидат медичних наук, доцент,  
професор кафедри кримінального  
права і процесу Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету

**НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА  
НА ЖИТТЯ: НАЦІОНАЛЬНИЙ ТА МІЖНАРОДНИЙ ВИМІР**

Права людини – це певні можливості людини, які необхідні для задоволення потреб її існування та розвитку в конкретних умовах, об'єктивно визначаються досягнутим рівнем розвитку суспільства і забезпечені обов'язками інших суб'єктів. Певним чином права людини – це її свобода, певні потреби, інтереси, вимоги про надання певних благ, які адресовані державі та законодавству. Однією з найважливіших ознак сучасного демократичного суспільства є повага до прав, свобод та гідності людини і громадянина. Права людини, що є загально-історичним та загальнокультурним надбанням, на сьогодні є цінністю, яка належить не тільки Україні, але і всій міжнародній спільноті. Проте, перетворення, що відбуваються у світі, зумовлюють потребу у їх захисті. Право як невід'ємна частина процесів, що мають місце в суспільстві, охоплює, а також впливає на цілі, інтереси та вчинки людини.

Найважливішою цінністю, яка є невід'ємною від особистості є людське життя. Отже, право на життя – це перш за все благо, яке охороняється законом. Конституційне право закріплює право на життя не тільки у соціальному сенсі, але й у біологічному. Життя людини починається з внутрішнього розвитку людини, навіть в Кримінальному кодексі України передбачено підвищену кримінальну відповідальність щодо вагітних жінок і убитої дитини ( п. 7, ст. 67, п. 2, ч. 2, ст. 115, ст. 117, ст. 134, ст. 135) [1]. Тому всі інші блага мають підпорядковуватися основоположному благові – життю.

Згідно Цивільного кодексу України до змісту права на життя відносяться такі елементи:

1. заборона позбавлення життя фізичної особи;
2. захист свого життя і здоров'я та інших осіб від протиправних посягань не заборонених законом засобами;
3. неможливість проведення медичних, наукових та інших дослідів щодо неповнолітньої, недієздатної особи чи без її вільної згоди;
4. заборона задоволення прохання фізичної особи про припинення її

Конституції України є її 27 стаття, де записано: «Кожна людина має невід'ємне право на життя. Ніхто не може бути свавільно позбавлений життя. Обов'язок держави – захищати життя людини. Кожен має право захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань».

Певним чином життя і здоров'я людини в Україні захищено опосередковано через право кожного на повагу до його гідності. В Конституції України проголошено – ніхто не може бути підданий катуванню, жорстокому, нелюдському або такому, що принижує його гідність, поводженню чи покаранню; жодна людина без її вільної згоди не може бути піддана медичним, науковим чи іншим досліддам [1, ст. 28].

Додатковими чинниками забезпечення права людини на життя і здоров'я є такі: кожен має право на належні, безпечні та здорові умови праці, на заробітну плату, не нижчу від визначеної законом [1, ч. 4 ст. 43]; використання праці жінок і неповнолітніх на небезпечних для їхнього здоров'я роботах забороняється [1, ч. 5 ст. 43]; кожен, хто працює, має право на відпочинок [1, ст. 45]; кожен має право на достатній життєвий рівень для себе і своєї сім'ї, що включає достатнє харчування, одяг, житло [1, ст. 48]; кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування [1, ст. 49] тощо.

Таким чином, чинні вітчизняні конституційні засади забезпечення права людини на життя і здоров'я є високими і такими, що сприяють її гармонійному та безпечному фізичному і соціальному існуванню.

#### Список використаних джерел

1. Конституція України (заголовок з екрану). [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80> (18.11.2019 р. о 18:00)

стати платформа при попаданні тіла людини між нею і рухомим складом. У рідкісних випадках ушкодження походять від термічного (пожежа) або електричного (аварії з електропоїздами) впливу [4].

У зв'язку із введенням в експлуатацію нових видів поїздів, характер травм теж дещо змінився. Поїзди типу «Інтерсіті» володіють кращими обтічними властивостями локомотивів, ніж поїзди старого зразку. Локомотиви сконструйовані таким чином, що невелика кількість деталей значно виступають над їхньою передньою частиною. Відповідно, швидкість поїздів типу «Інтерсіті» теж значно перевищує, швидкість поїздів старого зразку. Однак, якщо мова йде про фази травмування при зіткненні потяга з людиною, то вони залишаються такими самими, а саме:

- зіткнення частин поїзда з людиною;
- відкидання людини і падіння на залізничне полотно;
- просування тіла по залізничному полотну;

Особливостями травм при зіткненні потяга типу «Інтерсіті» з людиною є те, що у локомотивах цих поїздів нема настільки виражених виступаючих деталей (решітки, передня частина локомотива та ін.) і за рахунок цього важко робити розподіл ушкоджень на характерні і нехарактерні. Також це ускладнює встановлення поетапності утворення ушкоджень.

Наочним прикладом виникнення таких ушкоджень стала залізнична травма, яка трапилась у Харкові влітку 2018 року. Тоді внаслідок зіткнення потягу типу «Інтерсіті» із потерпілим, відбулась декапітація із подальшим втисненням голови потерпілого у передньо-бічну поверхню локомотива. Також на тілі потерпілого були виявлені ушкодження, характерні для такого типу травматизму.

Виходячи з вищевказаного, можна дійти висновку, що розвиток транспортної промисловості повинен стимулювати судово-медичних експертів поглиблювати свої знання залізничної травми та йти в ногу з часом.

#### Список використаних джерел

1. Михайличенко Б. В., Біляков А. М., Труш М. М. Судово-медичний моніторинг випадків смертельного травмування на залізниці і Києві у 1996-2001 роках. *Журнал «Медицина залізничного транспорту України» №4 (8)*. Київ: 2003. С. 25-30.

2. Дорошенко С. «Укрзалізниця масово будує переходи життя через залізничні колії». *Газета «Урядовий кур'єр»*. Відновлення з <https://ukurier.gov.ua/uk/articles/ukrzaliznicya-masovobuduye-perehodi-zhittya-cherez/>

3. Бедрин Л. М. Железнодорожная травма : лекция. *Избранные лекции по судебной медицине (судебно-медицинская травматология)*. Ярославль: 1989. с. 73-84.

4. Поркшеян Д.Х. *Судебно-медицинская экспертиза при железнодорожных происшествиях*. Москва: 1965. 152 с.

**Кофанов А. В.**

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

**Кофанова О. С.**

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

**ВИЗНАЧЕННЯ НАПРЯМКУ ПОСТРІЛУ ПРИ СТРІЛЬБИ  
З ПРЕДМЕТІВ КОНСТРУКТИВНО СХОЖИХ ІЗ  
КОРОТКОСТВОЛЬНОЮ ВОГНЕПАЛЬНОЮ ЗБРОЄЮ,  
СПОРЯДЖЕНИМИ ПОЛІ СНАРЯДОМ**

Останнім часом на судову експертизу все частіше надходять нові об'єкти дослідження, конструктивні особливості яких дозволяють вести стрільбу патронами, спорядженими шротом снарядом [1]. У стволах такої зброї є розсікачі (перегородки) різної конструкції, в основному, призначені для того, щоб перешкодити проведенню пострілів бойовими припасами, якщо їх бойові і технічні характеристики подібні за конструктивними особливостями до газових набоїв [2]. Постріли з такої зброї здатні заподіювати важкі проникаючі поранення, особливо з близьких відстаней, і являють загрозу для здоров'я і життя людини [3].

У роботі використані результати експериментальної стрільби з 9-міліметрового газового пістолета «Rohm» 735 та з 9-міліметрового газового револьвера «ME 900 SAM», конструктивні особливості яких дозволяють вести стрільбу набоями, спорядженими шротом. На зовнішній поверхні деталей даного пістолета є маркувальні позначення: «ROHM Made in Germany. Mod.735» Super P 35 cal. 35 GR, а на поверхні деталей газового револьвера – «ME 900 SAM», Made in Germany. У стволах зброї нарізів немає (гладкоствольні), але є перегородка завтовшки 1,7-2 мм та висотою приблизно 2,5-3 мм у вигляді металевого приливу у верхній частині по центру ствола [4]. А також 9 мм: «Форт 12Р», «ПМ-Р», «Зоракі 914», «Сталкер» [3].

При проведенні експериментальної стрільби стволи пістолета і револьвера були направлені перпендикулярно площині перешкоди.

Дистанція стрільби – 0 (цільний і нецільний упор), 3, 5, 10, 15, 20, 30, 40, 50, 70, 90, 100, 110, 130, 150, 170, 190, 210 та 275 см.

На дистанціях до 70 см включно як мішень використовували синтепонову подушку, яку покривали серветкою з бавовняної тканини, а на решту – лист чотиришарової фанери розміром 75×75 см з прикріпленою до нього бавовняною серветкою.

Конституційного Суду України відбулося у 2012 р. [1]. Це актуалізує вивчення чинних засад Конституції України про забезпечення права людини на життя і здоров'я.

Нами зроблено аналіз і оцінка сучасних конституційних підвалин, що правовими засобами декларують і реально забезпечують для кожного громадянина України права на життя і здоров'я.

У перших же рядках Конституції України одразу справедливо проголошено, що людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю [1, ст. 3].

Україна прагне до втілення передових правових засад з досвіду міжнародної спільноти у вітчизняну інституціоналізацію забезпечення права людини на життя і здоров'я. Тому чинні міжнародні договори, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, є частиною національного законодавства України. Крім того, укладення міжнародних договорів, які суперечать Конституції України, можливе лише після внесення відповідних змін до Конституції України [1, ст. 9].

Один з обов'язкових складових реалізації права людини на життя і здоров'я є екологічний чинник. Ця складова конституційно реалізується шляхом забезпечення екологічної безпеки і підтримання екологічної рівноваги на території України, подолання наслідків Чорнобильської катастрофи – катастрофи планетарного масштабу, збереження генофонду Українського народу і є обов'язком держави [1, ст. 16]. Кожен має право на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди [1, ст. 50].

Права людини на життя і здоров'я в Україні належать до категорії таких, що Конституцією України гарантуються і не можуть бути скасовані. При прийнятті нових законів або внесенні змін до чинних законів не допускається звуження змісту та обсягу існуючих прав і свобод [1, ст. 22].

З іншого боку, конституційно проголошено заборону стороннього впливу на права людини на життя і здоров'я. Так, кожна людина має право на вільний розвиток своєї особистості, якщо при цьому не порушуються права і свободи інших людей, та має обов'язки перед суспільством, в якому забезпечується вільний і всебічний розвиток її особистості [1, ст. 23].

При реалізації права людини на життя і здоров'я не може бути привілеїв чи обмежень, зокрема, щодо статі або іншими ознаками. Але підкреслюється необхідність створення спеціальних заходів для охорони праці і здоров'я жінок; створення умов, які дають жінкам можливість поєднувати працю з материнством; правовим захистом, матеріальною і моральною підтримкою материнства і дитинства [1, ст. 24].

Апофеозом забезпечення права людини на життя і здоров'я в

- Заключної частини.

Отже, якісне проведення судово-медичної експертизи при вчиненні статевих злочинів має надзвичайно важливе значення для розкриття даного виду правопорушень.

#### Список використаних джерел

1. Грязін В. І. Судово-медична та судово-психіатрична експертизи при статевих злочинах. *Правничий вісник Університету «КРОК»*. [Електронний ресурс] – Режим доступу: [http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/opac/search.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAG\\_E\\_FILE\\_DOWNLOAD=1&Image\\_file\\_name=PDF/Pvuk%5F2011%5F8%5F19%2Epdf](http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/opac/search.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAG_E_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/Pvuk%5F2011%5F8%5F19%2Epdf).

2. Правила проведення судово-медичних експертиз (обстежень) з приводу статевих станів в бюро судово-медичної експертизи : *Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 6 від 17.01.1995 р.* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0253-95&p=1291021584480450>.

3. Тагаєв Н.Н. Судебная медицина: 2-е изд. X.: Фактор, 2012. 1296 с.

#### **Ольховський Василь Олексійович,**

доктор медичних наук, професор,  
завідувач кафедри судової медицини,  
медичного правознавства

ім. засл. проф. М.С. Бокаріуса ХНМУ

#### **Хижняк Володимир Володимирович,**

кандидат медичних наук, доцент,  
доцент кафедри судової медицини,  
медичного правознавства

ім. засл. проф. М.С. Бокаріуса ХНМУ

#### **Пешенко Олександр Миколайович,**

кандидат медичних наук,  
асистент кафедри судової медицини,  
медичного правознавства

ім. засл. проф. М.С. Бокаріуса ХНМУ

### **ЧИННІ КОНСТИТУЦІЙНІ ЗАСАДИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ**

#### **ПРАВА ЛЮДИНИ НА ЖИТТЯ І ЗДОРОВ'Я**

Перманентне удосконалення Конституції України потребує вчасного опрацювання її змісту, зокрема, у частині правових засад забезпечення права людини на життя і здоров'я. Останнім часом Верховна Рада України вносила зміни в Конституцію України у 2011, 2013, 2014, 2016 і 2019 роках [1]. Крім того, останнє офіційне тлумачення до Конституції України у питаннях забезпечення права людини на життя і здоров'я в Рішеннях

Розмір серветок на дистанції до 70 см включно – 50×50 см, на інших – 75×75 см. По цих мішенях проводилося по три постріли з дистанції до 70 см і по одному пострілу – на наступних дистанціях.

У всіх серіях пострілів застосовували набіи з однаковими маркувальними позначеннями для газового пістолета (Cal 35 GR BX) і для револьвера (GFL 35 green), тільки з латунними гільзами, однаковим шротом полі-снарядом (вага – 2,17 г, діаметр шроту – 1,5 мм) і зарядом порошу (вага – 0,27 г, бездимний порох чорного кольору, максимальний розмір окремої порошокинки – 0,07 мм).

Для виявлення вказаних ознак експериментальні мішені досліджували візуальним, мікроскопічним та дифузно-контактним методами, а вимірювання проводилися лінійкою з точністю до 1 мм.

Для газового пістолета. Механічна дія на мішень компактного снаряду шроту на близьких дистанціях «Упритул» – 5 см супроводжується утворенням пошкоджень з «мінусом» тканини й її розривами. Розміри розривів значно більші при стрільбі з відстані 3 см, ніж при стрільбі з дистанцій «упритул» і 5 см, причому розміри розриву плавно збільшуються до максимального і зменшуються до мінімального.

Для газового револьвера. Механічна дія на мішень компактного снаряду шроту на близьких дистанціях «Упритул» – 10 см., супроводжується утворенням пошкоджень з «мінусом» тканини й її розривами. Розміри розривів значно більші при стрільбі з відстані «упор нещільний» і 3 см, ніж при стрільбі з дистанцій «упритул щільний», 5 і 10 см., причому розміри розривів збільшуються до максимального і зменшуються до мінімального стрибком.

Наступна загальна закономірність виявилася у розльоті шроту [5, 8].

Для газового пістолета [7]. Розліт шроту починається з відстані 10 см. Аналіз розсіювання шроту на експериментальних мішенях показує, що площа розсіювання постійно збільшується зі збільшенням дистанції пострілу, причому на дистанції від 10 до 70 см вона збільшується плавно, а з 90 см – стрибком зі збільшенням площі розсіювання у 2 рази (d = від 34 см до 68 см), і потім знову плавно збільшення до дистанції у 210 см. Площа розсіювання неоднакова і за формою: на дистанції від 10 до 90 см вона у вигляді кола, від 100 до 210 см – у вигляді еліпса та від 210 і 275 см – у вигляді квадрата.

Для газового револьвера [7]. На відміну від пістолета, розліт шроту починається з відстані 15 см. Аналіз розсіювання шроту на експериментальних мішенях показує, що площа розсіювання постійно зростає зі збільшенням дистанції пострілу, причому на дистанції від 15 до 30 см вона збільшується плавно, від 40 см – стрибком зі збільшенням площі розсіювання у 2 рази (з 27×17 мм до 57×67 мм), потім знову плавно збільшення до дистанції у 170 см та ще стрибком у бік збільшення на дистанції 190 і 275 см. Площа розсіювання неоднакова за формою: на

дистанції від 15 до 50 см, від 80 до 180 см і 250 см вона у вигляді еліпса, від 70 см – у вигляді кола і від 190 і 210 см – у вигляді квадрата (*див. діаграму 1 у подальших публікаціях*) [6].

#### Список використаних джерел

1. Theoretical and Practical Aspects of Arms Trafficking. URL: [http://www.intellectualarchive.com/Journal\\_Files/IAJ\\_2019\\_02\\_011.pdf](http://www.intellectualarchive.com/Journal_Files/IAJ_2019_02_011.pdf)
2. Forensic examination of firearms, ammunition and shot traces (forensic ballistics). URL: <http://elar.naiu.kiev.ua/jspui/handle/123456789/10710>
3. Іщенко А. В., Грищенко О. В., Ігнат'єв І. В., Назаров В. В. Пістолети та револьвери, призначені для відстрілу патронів споряджених металевими снарядами «несмертельної дії», та набої до них. К.: Варта, 2005. 208 с.
4. Визначення відстані пострілу при стрільбі з газових пістолетів і револьверів. Determination of distance of a shot at shooting from gas pistols and revolvers. URL: <http://elar.naiu.kiev.ua/jspui/handle/123456789/5456>
5. Кофанов А. В. Теоретичні та практичні аспекти криміналістичного дослідження гладкоствольної вогнепальної зброї: *автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юр. наук: спец. 12.00.09 «Кримінальний процес та криміналістика, судові експертизи»*. К., 2000. – 19 с.
6. Леонченко Н. В. Определение дистанции выстрела из газового оружия (НИИПККиСЭ). *Методическое пособие для экспертов*. Минск: ХАРВЕСТ, 2003. 64 с.
7. Методика криміналістичного дослідження газових пістолетів та револьверів [Електронний ресурс]: МВС, МЮ України. Протокол від 24.05.2000 р. – К., 2000. – Режим доступу до сайту: <http://ndekc.kiev.ua/index>
8. Сонис М. А., Микляев О. В. О возможности дифференциации расстояния выстрела при стрельбе из пистолетов и револьверов патронами, снаряженными дробью. *Сонис. М.: РФЦСЭ, 2000. 74 с.*

хворобою, розлад психічного здоров'я)? [1]

Проведення експертизи осіб жіночої статі експертом-чоловіком повинно здійснюватись в присутності середнього медичного працівника.

До початку безпосереднього обстеження потерпілої особи з'ясовують обставини справи, які викладені: у документі про призначення експертизи; у протоколі огляду місця події; при детальному опитуванні потерпілої тощо. З'ясовують, на що скаржиться потерпіла. Далі встановлюють цілісність дівочої пліви. При встановленні факту порушення дівочої пліви експерт визначає його давність і можливий механізм утворення. Слід зазначити, що сама лише наявність розривів пліви не може бути доказом статевого акту. Достовірно про статеві зносини свідчить виявлення у вмісті піхви сперматозоїдів, виникнення після статевих зносин венеричних захворювань чи вагітності.

Експерт несе передбачену чинним законодавством відповідальність за збереження вилучених у ході проведення експертизи матеріалів [2].

Згвалтування часто супроводжується не тільки розривами дівочої пліви, а й більш значними ушкодженнями, наприклад, саднами, надривами, розривами слизової оболонки вагіни, її стінок або навіть розривами промежини. Крім ушкоджень статевих органів, можуть мати місце тілесні ушкодження у вигляді синців, саден, подрипин на внутрішніх поверхнях стегон, навколо статевих органів; рани молочних залоз від укусів; садна і подрипини на шиї, що утворюються при здавленні руками з метою зламати опір жертви; садна і крововиливи у ділянці зап'ястків чи плечей при утримуванні потерпілої за руки. Крім наведених, на тілі жінки можуть бути й інші за характером і локалізацією ушкодження. Тому наступним кроком є огляд тіла потерпілої особи і докладний опис усіх виявлених ушкоджень (локалізація, характер, форма, особливості поверхні, контурів, дна тощо).

Варто зважати, що у деяких випадках потерпіла може заподіяти собі тілесні ушкодження для інсценування згвалтування. За наявності підозри на такі дії перед експертом ставиться низка запитань про механізм утворення тих або інших тілесних ушкоджень і зіставляються усі об'єктивні дані дослідження із свідченнями потерпілої (вказаними нею обставинам заподіяння цих тілесних ушкоджень) [3, с. 832].

Судово-медична експертиза не обмежується лише низкою запитань, пов'язаних з оглядом живих осіб, але й досліджує речові докази і різні сліди (крові, сперми тощо) у межах судово-біологічної та інших експертиз.

Результати експертизи оформляються документом, який має назву «Висновок експерта» і складається з таких розділів:

- Вступної частини, яка включає титульний лист, питання, поставлені на вирішення експертизи, і виклад обставин справи;
- Описової частини;

**Оленюк А.А.**

студентка Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету

**Науковий керівник:**

**Ергард Наталія Миколаївна**

кандидат медичних наук, доцент  
професор кафедри кримінального права  
та процесу Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету

### **СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА ПРИ СТАТЕВИХ ЗЛОЧИНАХ**

Злочин проти статевої свободи і статевої недоторканності особи належать до найбільш тяжких та особливо тяжких суспільно небезпечних діянь, а специфічною рисою процесу розслідування цього виду злочинів є необхідність втручання в інтимні стосунки людей. Ще однією обставиною, яка ускладнює розкриття, є небажання потерпілої особи через страх, сором, психологічну невідповідність розкривати факт вчинення проти неї злочинного діяння та повідомляти усі деталі процесу згвалтування.

До статевих злочинів законодавець відносить, передбачені кримінальним кодексом, суспільно небезпечні діяння, що посягають на статево свободу громадян, узвичаєні статеві стосунки, нормальний фізичний, моральний і статеви розвиток неповнолітніх.

Згвалтування – це статеви зносини без згоди потерпілої особи. Необхідною умовою даного злочину є:

- застосування фізичного насильства;
- застосування психічного насильства;
- використання безпорадного стану особи.

Після порушення кримінального провадження на підставі ухвали слідчого судді щодо потерпілого призначається судово-медична експертиза. Типові питання, які зазвичай стоять перед експертом:

1. Чи порушена дівоча пліва, давність порушення та чи не була вона порушена до згвалтування?
2. Чи не припускає будова пліви можливість статевого акту без її порушення?
3. Чи є у потерпілої в піхві, прямій кишці і ротовій порожнині сперма, якщо так, то до якої групи вона належить?
4. Чи мають місце достовірні ознаки вчинення статевого акту?
5. Чи є на тілі постраждалої особи тілесні ушкодження і, якщо є, то який їх характер, локалізація та ступінь тяжкості та чи могли вони утворитися при згвалтуванні?
6. Які наслідки має статеви акт (вагітність, зараження венеричною

**Кофанова О. С.**

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

**Кофанов А. В.**

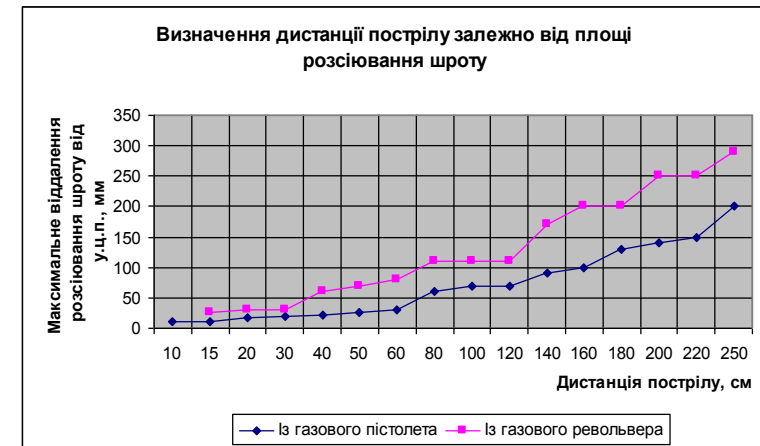
кандидат юридичних наук, доктор філософії,  
доцент, професор кафедри криміналістичного  
забезпечення та судових експертиз  
Навчально-наукового інституту № 2  
Національної академії внутрішніх справ

### **МОЖЛИВОСТІ ВИЗНАЧЕННЯ ВІДСТАНІ ПОСТРІЛУ ПРИ СТРІЛЬБІ З КОРОТКОСТВОЛЬНОЇ ГЛАДКОСТВОЛЬНОЇ ВОГНЕПАЛЬНОЇ ЗБРОЇ ТА КОНСТРУКТИВНО СХОЖИХ ІЗ НЕЮ ПРИСТРОЇВ**

При стрільбі з газового пістолета характерною є наявність великої кількості порошинок і, як наслідок цього, слідів термічної дії (обпалення ниток тканини) на дистанціях до 5 см включно, а для газового револьвера – до 10 см включно. Ці дистанції є граничними.

Порошинки стабільно виявляються при стрільбі з газового пістолета на дистанції від 3 до 140 см включно, зі зменшенням незгорілих порошинок – на відстані 160-180 см, а одиничні – до 220 см, до того ж, порох у великих кількостях ближче до умовного центру пошкодження виявляється на дистанціях 3-180 см [1].

*Діаграма 1*



Порошинки при стрільбі з газового револьвера стабільно виявляються на дистанції від 15 до 180 см включно, зі зменшенням кількості незгорілих порошинок на дистанціях 100-160 см, а одиничні – до 220 см, причому порошинки у великих кількостях ближче до умовного центру пошкодження виявляються на дистанціях 15-180 см.

Кіптява при стрільбі з газового пістолета виявляється до дистанції 50 см; різко окреслена межа ділянки окопчення до 30 см, а з 40 см – зовнішня межа ділянки окопчення стає розмитою і площа ділянки зменшується. При стрільбі з газового револьвера кіптява виявляється до дистанції 60 см, а на всій решті дистанцій ознаки такі самі, як і для пістолета [2].

Наявність гомогенного металу (свинцю) і розміри його відкладення розцінюються, як найбільш інформативна ознака. Ця ознака, параметри якої змінюються, залежно від дистанції, виявляється при стрільбі з газового пістолета до 120 см. Межі дистанцій, на яких гомогенний метал проявляється суцільною ділянкою, визначені від «упору» до 60 см, а на решті дистанцій починається зменшення площі, інтенсивності відкладення гомогенного металу, і проявляється ділянками, які зменшуються при збільшенні відстані пострілу, аж до максимальної (120 см).

Межі дистанцій, на яких виявляється суцільною ділянкою гомогенний метал при стрільбі з газових револьверів, визначені від «упору» до 80 см, а на решті дистанцій починається зменшення площі, інтенсивності відкладення, і виявляється окремими ділянками, які зменшуються при збільшенні дистанції пострілу, аж до максимальної (120 см). Залишкові включення металу (свинцю) навколо вогнепального пошкодження за наявності гомогенного металу і без нього, залежно від відстані, також є важливою інформативною ознакою. При стрільбі з газового пістолета межі відстаней, на яких надійно виявляються сліди металу у вигляді точок, визначені від 10 до 220 см і на дистанціях до 250 см включно спостерігаються одиничні точкові сліди.

доросла людина тримає немовля, призводить до порушення відтоку крові від голови і підвищення інтраретинального тиску в оці, що стає причиною виникнення точкових крововиливів.

Субдуральні і субарахноїдальні крововиливи з'являються через розрив піальних вен, які впадають в кортикальну частину твердих синусів мозку. Вени ушкоджуються внаслідок коливання мозку всередині черепа у відповідь швидко-уповільнюючі або ротаційні рухи голови [3].

Дифузно-аксональні ушкодження є маркером даного синдрому. Довгі, недостатньо мієлінізовані аксональні волокна розриваються під час коливальних рухів голови, проведення імпульсів знижується або припиняється. Найчастіше страждають ділянки розташовані в субкортикально-парасагітальній білій речовині, мозолистому тілі, перивентрикулярній області і дорзо-вентральному квадранті стовбура мозку.

Черепно-мозкова травма, що супроводжується набряком мозку призводить до зниження буферної ємності всередині черепа і призводить до злоякісної внутрішньочерепної гіпертензії, що може стати причиною смерті.

Переломи ребер, викликані стисненням грудної клітки, зазвичай локалізуються на бічній і задній поверхні клітки, що є патогномонічним для насильницької травми. Переломи ребер на передній поверхні характерні для безпосередньої травми грудної клітки. Стандартом для діагностики СДС є нейровізуалізація – КТ, МРТ. Під час розтину аутопсія тканин мозку з декількох ділянок.

В Україні передбачена кримінальна відповідальність за жорстоке поводження з дітьми ст. 137 ККУ «Неналежне виконання обов'язків щодо охорони життя та здоров'я дітей», умисне вбивство своєї дитини (ст.117 ККУ), вбивство через необережність(ст. 117 ККУ), умисне тяжке тілесне ушкодження (ст. 121 ККУ) і т.д. [4]. В 2003 році відбувся перший судово-медичний конгрес в Единбурзі по синдрому струшеної дитини і перший судовий процес в Швейцарії з приводу даного синдрому. У 2018 році в Україні почалось активне обговорення ССД на міжвідомчій конференції «Дитинство без насильства» [5].

#### Список використаних джерел

1. Демографічний щорічник населення України. Київ. 2017. С.100-101.
2. Лившиц В. М. Синдром детского сотрясения (СДС). Відновлення з: <http://www.psychology-online.net/articles/doc-833.html>
3. Діагностика СТС по МРТ. Відновлення з: <https://kod-zdorovia.com.ua/experience/34.html>
4. Відповідальність за жорстоке ставлення до дітей. Відновлення з: <https://sch32.edu.vn.ua/2-sch32/166-vidpovidalnist-za-zhorstoke-povodzhennya-z-ditmi>
5. Синдром струшеної дитини. Відновлення з: [https://uk.m.wikipedia.org/wiki/Синдром\\_струшеної\\_дитини](https://uk.m.wikipedia.org/wiki/Синдром_струшеної_дитини)



**Немирська Анастасія Валеріївна**

студентка 6118 групи  
І медичного факультету  
НМУ імені О.О. Богомольця

**Науковий керівник:**

**Плетенецька Аліна Олександрівна,**

кандидат медичних наук,  
асистент кафедри судової медицини  
та медичного права  
НМУ імені О.О. Богомольця

**СИНДРОМ ДИТЯЧОГО СТРУСУ:  
СУДОВО-МЕДИЧНІ АСПЕКТИ**

Згідно з статистичними даними за 2017 рік смертність дітей до 1 року в Україні становила 2786 осіб з них в місті Києві 203 особи. У віці до 1 місяця померло 1830 осіб. Причиною більшості смертей стають окремі стани, що виникають у перинатальному періоді (55,6%) [1].

Найчастіша причина смерті визначається – синдром раптової дитячої смерті (МКХ-10 R95). Проте часто діти мають за життя симптоматику характерну для синдрому дитячого струсу (МКХ-10 S06.1, S06.5): апатичність, сонливість, короточасна асфіксія, втрата свідомості, блювота, сильні головні болі, зниження тону м'язів тіла, зниження апетиту.

В Україні даний синдром вкрай рідко діагностують і тому особи, які неправильно доглядали за дитиною і заподіяли їй травми часто не притягуються до кримінальної відповідальності, якщо в дитини не знайдено чітко виражених ушкоджень. Найчастіше батьки або особи, які доглядають за дитиною в стані психоемоційної перенапруги, афекту різко кладуть дитину, колихають з великою амплітудою та частотою, вчиняють насилля або через недбалість допускають падіння дитини.

У 1950-х роках дитячий рентгенолог Джон Кефлі вперше повідомив про випадки діагностування хронічних субдуральних гематом у новонароджених з переломами трубчатих кісток. В 1974 році був введений термін «синдром різкого струсу немовлят», діагностично важливими симптомами стали крововиливи в сітківку ока, субдуральні чи субарахноїдальні гематоми [2].

У дітей до року існує високий ризик отримати травму голови, пов'язану з частими коливаннями голови, так як в цьому віці вага голови дитини становить 10-15% від маси тіла. Також через слабкий розвиток м'язів шиї голова не зафіксована, дитина дуже чутлива до травм. Недостатня мієлінізація нейронів і підвищена кількість рідини в мозку, пов'язана з анатомо-фізіологічною незрілістю мозку стає причиною виникнення дифузно-аксональної травми. Стиснення грудної клітки, коли

**Кривенко Олександр Іванович**

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

**Капустник Володимир Валерійович**

кандидат юридичних наук, асистент кафедри  
фінансового права ХНЮУ ім. Ярослава Мудрого

**Стащак Анжела Юріївна**

кандидат юридичних наук,  
асистент кафедри судової медицини,  
медичного правознавства  
ім. засл. проф. М.С. Бокаріуса ХНМУ

**ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ  
РЕГУЛЮВАННЯ ОХОРОНИ ПРАЦІ В УКРАЇНІ**

Охорона праці закріпила за собою статус невід'ємної частини трудової діяльності громадян і є одним із запобіжників щодо врахування саме безпечних для працівників умов праці. Але слід зазначити, що вона може бути забезпечена лише при всебічному врахуванні організаційно-правових аспектів охорони праці на підприємствах. В свою чергу, самі організаційно-правові аспекти охорони праці практично завжди можна ототожнювати з поняттям законодавство України про охорону праці.

Посадові особи Міністерства юстиції України, а зокрема Департаменту соціального, трудового та гуманітарного законодавства, наполягають, що найбільш вдале на сьогодні визначення законодавства України про охорону праці говорить, що це система взаємозв'язаних нормативно-правових актів, які регулюють відносини у галузі реалізації державної політики щодо правових, соціально-економічних, організаційно-технічних і лікувально-профілактичних заходів та засобів, спрямованих на збереження здоров'я і працездатності людини в процесі праці [1]. Основні питання щодо охорони праці закріплені в Конституції України, Кодексі законів про працю України, Законах України «Про охорону праці», «Основи законодавства України про охорону здоров'я» "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності" тощо, а також у низці постанов Кабінету Міністрів України та Указів Президента України і інших нормативно-правових актів. Саме тому, в нашій роботі ми поставили за ціль проаналізувати основні положення законодавства України, які стосуються охорони праці.

Основний Закон нашої держави, який має найвищу юридичну силу, це, звісно, Конституція України. Саме через це можна стверджувати, що, насамперед, законодавство України про охорону праці базується на конституційному праві всіх громадян України на належні, безпечні і

здорові умови праці. Це гарантується статтею 43 Конституції України. Інші статті Конституції також стосуються, в тому числі, права на охорону праці, оскільки встановлюють право громадян на соціальний захист, що включає в себе забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності (ст. 46); охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування (ст. 49); право знати свої права та обов'язки (ст. 57) та інші загальні права громадян [2].

Одним із найважливіших спеціалізованих нормативно-правових актів про охорону праці є Закон України "Про охорону праці". У цьому Законі визначено основні положення щодо реалізації конституційного права громадян на охорону їх життя і здоров'я в процесі трудової діяльності; регулювання відносини між власником підприємства, установи, організації незалежно від форм власності та видів їх діяльності і працівником з питань безпеки, гігієни праці та виробничого середовища, в тому числі, за участю відповідних державних органів; встановлення єдиного порядку організації охорони праці в Україні [3].

Також, і на цьому слід зробити особливий наголос, саме цим Законом встановлюються пріоритет життя та здоров'я працівників по відношенню до результатів виробничої діяльності підприємства. Іншими словами, в першу чергу мають бути виконані вимоги нормативно-правових актів про охорону праці, направлених на те, щоб працівник під час виконання службових обов'язків, не отримував травм, не зазнавав погіршення стану здоров'я, професійних захворювань або зменшення працездатності, і лише за цих умов увага може звертатись на результати виробничої діяльності підприємства.

Не останнє місце в регулюванні питань охорони праці займає Кодекс законів про працю України. Незважаючи на те, що цей Закон був прийнятий аж у далекому 1971 році, до нього постійно вносилися зміни і доповнення, і саме через це, правове регулювання охорони праці вже не обмежується лише главою XI, яка і має назву «Охорона праці». В останній редакції від 25.09.2019 р. норми щодо охорони праці містяться в багатьох статтях інших глав КЗпП України, зокрема це глава III «Трудовий договір», глава IV «Робочий час», глава V «Час відпочинку», глава XII «Праця жінок», глава XIII «Праця молоді», глава XVI «Професійні спілки», глава XVIII «Нагляд і контроль за додержанням законодавства про працю» тощо [4].

До законодавчої бази, яка регулює питання охорони праці, також слід віднести і Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який в професійному середовищі медичних працівників має неофіційну назву «Медична конституція України». Цей Закон визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулює суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і

працівників становить актуальну медико-соціальну проблему.

**Мета дослідження.** Встановлення особливостей формування професійної захворюваності медичних працівників за даними клінічного відділення Харківського науково-дослідного інституту гігієни праці та професійних захворювань ХНМУ. В якості матеріалів були проаналізовані щорічні статистичні показники звітності.

Захворюваність медпрацівників на туберкульоз займає перше місце та в декілька разів перевищує показники серед інших груп населення. Розподіл випадків професійних захворювань медичних працівників показав, що найбільшу кількість профзахворювань на туберкульоз реєструють у лікувальних закладах протитуберкульозного профілю – 85 %, та 15 % припадає на виявлення туберкульозу серед медпрацівників інших закладів (бюро судово-медичної експертизи, центральна районна лікарня).

На другому місці за нашим аналізом з однаковою частотою були встановлені професійні інфекційні захворювання у медпрацівників: вірусний гепатит С та ускладнення корового менінгоенцефаліту. Великою проблемою є професійна захворюваність на вірусний гепатит. У групу ризику входять не тільки особи, які мають безпосередній контакт з кров'ю хворих (хірурги, реаніматологи, операційні та процедурні сестри та ін.), а й медики терапевтичних спеціальностей, які періодично виконують парентеральні процедури. Слідусь відзначити, що за даними статистики в Україні реєструються поодинокі випадки парентеральних гепатитів у медичних працівників – у 1991-2015 роках лише 4 випадки.

Інфекційні хвороби продовжують бути причиною епідемічних спалахів, інвалідності та летальності. За останні роки захворюваність на кір збільшилась у десятки разів, і це знайшло відображення в структурі професійних захворювань медпрацівників.

Таким чином, отримання інформації щодо професійної захворюваності медичних працівників є важливим джерелом для оцінки та управління професійними ризиками. Встановлені результати необхідні для покращення умов праці та зниження професійної захворюваності співробітників закладів охорони здоров'я.

#### Список використаних джерел

1. Професійні хвороби: підручник за ред. В.А. Капустника, І.Ф. Костюк. ВСВ «Медицина», 2017. С. 430-438.
2. Нагорна А.М., Соколова М.П., Кононова І.Г. Професійна захворюваність медичних працівників в Україні як медико-соціальна проблема. *Журнал «Український журнал з проблем медицини праці»*, 2016. 2(47). С. 3-16.

June 2010) // www.conventions.coe.int. – 30 p.

2. Погорілко В. Ф. Конституція України. Проблеми теорії і практики / В. Ф. Погорілко // *Правова держава : щорічник наук. пр.* – К., 2001. – Вип. 12. – С. 141–158.

3. Про ратифікацію Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод 1950 року, Першого протоколу та протоколів № 2, 4, 7 та 11 до Конвенції : *Закон України від 17 липня 1997 р. // Відомості Верховної Ради України.* – 1997. – № 40. – Ст. 263

**Моїсєнко Лідія Володимирівна**

**Усов Олександр Сергійович**

**Слупська Єлизавета Павлівна**

студенти 32 групи

IV медичного факультету ХНМУ

**Науковий керівник:**

**Стебліна Ніна Петрівна**

кандидат медичних наук, доцент

кафедри внутрішніх та професійних хвороб ХНМУ

### **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ МЕДПРАЦІВНИКІВ**

Немає такої професії, яку можливо порівняти із професією медичного працівника за ступенем відповідальності за здоров'я та життя іншої людини. Це зумовлює велику кількість законодавчих актів, настанов, кодексів та правил, які на протязі тисячоліть регламентують норми роботи лікаря. Всеосяжна клятва Гіппократа «*Aliis inserviendo consumor*» формує в суспільстві відповідну соціальну роль лікаря. Не викликає сумнівів, що результати роботи медичних працівників по збереженню здоров'я пацієнтів залежать від умов праці та стану здоров'я самих співробітників. Сучасні дослідження свідчать, що перелік професійних шкідливих чинників в умовах праці медичних робітників значно перевищує кількість факторів, які діють на робітників інших галузей. До них відносяться: психоемоційне напруження, вплив хімічних і фізичних факторів, фізичні навантаження, статична напруженість, вимушене положення тіла, біологічні фактори [1]. Дані офіційних статистичних звітів свідчать, що в Україні понад 60,0 % із 1,1 млн. медичних працівників працюють у шкідливих та небезпечних умовах. У структурі професійних захворювань у медичних працівників України перше місце стабільно займає туберкульоз (80–100 %, у середньому за 15 років – 87,7 %), друге – захворювання опорно-рухового апарату (від 1,3 до 6,7 %, у середньому – 3,1 %), на третьому місці знаходяться алергічні захворювання – від 1,0 до 5,1 % (у середньому 2,3 %) [2].

Вивчення факторів ризику професійних захворювань медичних

довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості. «Основи законодавства України про охорону здоров'я» у статті 28 передбачають, що «з метою забезпечення сприятливих для здоров'я умов праці, навчання, побуту та відпочинку, високого рівня працездатності, профілактики травматизму і професійних захворювань, отруєнь та відвернення іншої можливої шкоди для здоров'я встановлюються єдині санітарно-гігієнічні вимоги до організації виробничих та інших процесів, пов'язаних з діяльністю людей, а також до якості машин, обладнання, будівель, споживчих товарів та інших об'єктів, які можуть мати шкідливий вплив на здоров'я. Всі державні стандарти, технічні умови і промислові зразки обов'язково погоджуються з органами охорони здоров'я в порядку, встановленому законодавством. Власники і керівники підприємств, установ і організацій зобов'язані забезпечити в їх діяльності виконання правил техніки безпеки, виробничої санітарії та інших вимог щодо охорони праці, передбачених законодавством про працю, не допускати шкідливого впливу на здоров'я людей та навколишнє середовище», Статтею 31 закріплено, що «з метою охорони здоров'я населення організуються профілактичні медичні огляди неповнолітніх, вагітних жінок, працівників підприємств, установ і організацій з шкідливими і небезпечними умовами праці, військовослужбовців та осіб, професійна чи інша діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення або підвищеною небезпекою для оточуючих. Власники та керівники підприємств, установ і організацій несуть відповідальність за своєчасність проходження своїми працівниками обов'язкових медичних оглядів та за шкідливі наслідки для здоров'я населення, спричинені допуском до роботи осіб, які не пройшли обов'язкового медичного огляду». У статті 69 визначено правові основи медико-соціальної експертизи втрати працездатності [5].

Також до організаційно-правових аспектів в охороні праці задля створення безпечних для працівників умов праці належать такі Закони України, як «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Кодекс цивільного захисту України», «Про використання ядерної енергії і радіаційну безпеку», «Про дорожній рух», «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реформування загальнообов'язкового державного соціального страхування та легалізації фонду оплати праці» і інші державні нормативні акти з охорони праці, до яких можна віднести різноманітні правила, стандарти, норми, положення, інструкції та інші документи, яким надано чинність правових норм, обов'язкових для виконання.

### Список використаних джерел

1. Нижегородова Л.О. Правові аспекти охорони праці. - Сайт Міністерства юстиції України - [https://minjust.gov.ua/m/str\\_5008](https://minjust.gov.ua/m/str_5008).
2. Конституція України. Документ 254к/96-ВР, чинний, поточна редакція від 21.02.2019. Сайт ВР України - <https://zakon.rada.gov.ua>.
3. Про охорону праці. Закон України. Документ 2694-ХІІ, чинний, поточна редакція від 20.01.2018. Сайт ВР України - <https://zakon.rada.gov.ua>.
4. Кодекс законів про працю України. Закон України. Документ 322-08, поточна редакція від 25.09.2019. Сайт ВР України - <https://zakon.rada.gov.ua>.
5. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України. Документ 2801-ХІІ, чинний, поточна редакція від 01.01.2019. Сайт ВР України - <https://zakon.rada.gov.ua>.

#### Кудра Ірина Андріївна

студентка групи ПР-401  
Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету

#### Науковий керівник:

#### Ергард Наталія Миколаївна

кандидат медичних наук, доцент,  
професор кафедри кримінального  
права і процесу Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету

### ЗАХИСТ ПРАВА НА ЗДОРОВ'Я В ПРАКТИЦІ ЄСПЛ

Право на здоров'я є одним з найважливіших загально визнаних прав людини. Права людини у сфері охорони здоров'я включають усі права, якими наділені суб'єкти медичних правовідносин, такі як: право на інформовану згоду, право на вільний вибір лікаря та закладу охорони здоров'я, медичну таємницю та конфіденційність, право на захист порушених прав і право на доступність послуг у системі охорони здоров'я. Європейською конвенцією про захист прав людини і основоположних свобод 1950 року (надалі – ЄКПЛ, Конвенція) передбачений механізм захисту і реалізації закріплених прав і свобод через діяльність Європейського суду з прав людини (ЄСПЛ) [1].

Варто зазначити, що реалізація права на життя не можлива без реалізації права на здоров'я. Право на життя захищається у ст. 2 Конвенції. При цьому згідно зі сталою практикою ЄСПЛ це право вважається порушеним не тільки у разі позбавлення життя, але і при серйозних пошкодженнях організму людини, які не спричинили його смерть, але представляли серйозну загрозу його життю. Держава повинна

(ст. 30), таємницю листування, телефонних розмов, телеграфної та іншої кореспонденції (ст. 31), право на невтручання в особисте й сімейне життя (ст. 32). Слід згадати про зміни в змісті деяких із цих прав і свобод, зокрема прав і свобод на особисту недоторканність, а також на недоторканність житла.

Право на життя та здоров'я відноситься до категорії невід'ємних прав, які надані людині з народження. Ці права визнаються та дотримуються навіть тими країнами, в Конституції яких немає згадки про захист життя та здоров'я.

Якщо має місце порушення прав людини на життя і здоров'я, першим кроком до справедливості у такому випадку має бути звернення до національних судових органів. Якщо даний варіант не виявився дієвим, на допомогу можуть прийти міжнародні судові органи або міжнародні організації, членом або учасником яких є Україна (дане положення зазначено у частині 4 статті 55 чинної Конституції України).

У питанні захисту прав на життя та здоров'я Україна також дотримується міжнародних правових актів, зокрема Європейської конвенції про захист прав людини і основоположних свобод, яка була прийнята в Римі (Італія) в рамках Ради Європи 4 листопада 1950 року (Україна ратифікувала Конвенцію 17 липня 1997 р. Даний документ включає в себе не тільки перелік прав та свобод людини та громадяни на, яких повинна дотримуватись держава, але й гарантії їх реалізації. Крім того, Європейський суд з прав людини, до якого може звернутися громадянин нашої держави у випадку порушення своїх прав, коли національні органи не змогли допомогти, створений спеціально для захисту прав та свобод людини та громадянина. До даного суду можуть звертатися громадяни тих держав, які є учасниками вищевказаної конвенції [1, с.25].

Саме стаття 2 вищезгаданої Європейської конвенції про захист прав людини і основоположних свобод зазначає, що право кожного на життя має бути під законодавчою охороною відповідної держави. А Конституція, шляхом закріплення у статті 27, наголошує на тому, що кожна людина має невід'ємне право на життя, а захист життя людини є обов'язком держави [3, с. 6].

Держава має визнавати людину найвищою соціальною цінністю, легалізувати, легітимізувати, охороняти, захищати її права і свободи, гарантувати їх реальне здійснення. Вона повинна створювати для неї всі необхідні умови для гідної праці, надавати соціальну допомогу тим, хто перебуває у складних життєвих обставинах.

### Список використаних джерел

1. European Convention on Human Rights (presented as amended by the provisions of Protocol N 14 (CETS no. 194) as from its entry into force on 1

**Михайлова Каріна Романівна**  
студентка Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету  
**Чернявська Роксолана Іванівна**  
студентка Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету  
**Науковий керівник:**  
**Ергард Наталія Миколаївна**  
кандидат медичних наук, доцент,  
професор кафедри кримінального  
права і процесу Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету

### **ПРАВОВІ ЗАСАДИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА ЛЮДИНИ НА ЖИТТЯ І ЗДОРОВ'Я**

У сучасних умовах існування суспільства у світі проблема захисту прав людини стала частою темою обговорення серед кола науковців. Україна не є виключенням, тому актуальність даного питання має місце не тільки на міжнародній арені, але й у нас. Виникнення цієї проблеми напряму залежить від недотримання прав та свобод, які закріплені в Конституції України.

Варто зазначити, що поняття конституційно-правового статусу особи передбачає певну систему взаємовідносин між особою та державою, що має такі складові елементи, як конституційні права, свободи та обов'язки, основні принципи конституційно-правового статусу особи, що є закріпленим у Конституції, громадянство.

Стаття 3 чинної Конституції України зазначає, що людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Тобто, цією нормою законодавець зазначає про те, що існують особливі правові відносини між державою та громадянином, які доповнені правами та обов'язками обох сторін.

Саме Конституція встановила в нашій державі кардинально нові стандарти стосовно прав та свобод людини і громадянина, взявши за приклад міжнародні нормативно-правові акти стосовно цієї тематики. На відміну від радянського варіанту Конституції 1978 року, чинний варіант включає в себе більш розширений перелік прав та свобод. Наприклад, замість соціально-економічних та політичних прав, зроблено акцент на соціальних, культурних та особистісних правах. Людина та її безпека вважаються найвищою цінністю сучасної демократичної держави [2, с. 142].

Зокрема, є цілий ряд статей, які направляють своє правове регулювання та захист прав та свобод людини та громадянина: право на життя (ст. 27), право на повагу до своєї гідності (ст. 28), право на свободу й особисту недоторканність (ст. 29), право на недоторканність житла

не тільки утримуватися від умисного позбавлення людини життя, але і дотримуватися позитивного зобов'язання захищати життя людини від посягань третіх осіб або від ризику хвороби, яка може спричинити за собою смерть [2, с. 16].

Також ЄСПЛ дотримується позиції щодо необхідності вирішувати справи, які стосуються смерті пацієнтів у медичних закладах за максимально коротким строк. У рішенні, ухваленому 27 червня 2006 року у справі Биржиковський проти Польщі, Суд наголосив на необхідності швидкого вирішення справ, які стосуються смерті особи в медичних установах. Помилки, допущені медпрацівниками, мають з'ясовуватися швидко. Далі цю інформацію слід невідкладно розповсюджувати серед персоналу медичної установи загалом, аби не допустити повторення негативного досвіду в майбутньому, а відтак – гарантувати пацієнтам надання якісніших медичних послуг. Тому Суд постановив, що мало місце порушення ст. 2 Конвенції, яке виявилось у проведенні неналежного розслідування обставин смерті дружини заявника та uszkodження здоров'я його сина [3, с. 121].

У постанові по справі Меченков проти Російської Федерації від 7 лютого 2008 року, Суд акцентував увагу на тому, що якщо влада вирішила тримати під вартою серйозно хвору особу, то вони повинні приділити особливу увагу в дотриманні таких умов позбавлення волі, які обумовлюються станом здоров'я такої особи [4].

У рішенні по справі Яковенко проти України від 25 жовтня 2007 року ЄСПЛ визначив ненадання заявникові вчасної і належної медичної допомоги, яка йому була потрібна як ВІЛ-інфікованому і хворому на туберкульоз, як нелюдське і таке, що принижує гідність, поведження у значенні ст. 3 Конвенції.

Проаналізувавши практику ЄСПЛ щодо захисту права на здоров'я через реалізацію права на заборону тортур. Суд прийшов до висновку, що ненадання своєчасної належної і необхідної медичної допомоги особам, позбавленим волі є приниженням для особи, які викликають занепокоєння і перевищують допустимий рівень страждань і тлумачиться Судом як тортури [5, с. 52].

Ще одним важливим правом, яке стосується права на здоров'я є право на інформацію та конфіденційність інформації, які передбачені ст. 8 Конвенції. У рішенні ЄСПЛ в справі М.С. проти Швеції від 27 серпня 1997 р. вказано, що конфіденційність відомостей про здоров'я є основним принципом правової системи держав-учасниць. Національне законодавство повинно забезпечувати нерозголошення відомостей про стан здоров'я, якщо це не відповідає ст. 8 Конвенції. У справі 1997 р. Z проти Фінляндії ЄСПЛ вказав на порушення ст. 8 Конвенції у частині розголошення апеляційним судом Фінляндії відомостей про стан здоров'я позивачки без її згоди в кримінальному процесі. І позивачка, і її чоловік

були ВІЛ-інфіковані. Також порушенням ст. 8 ЄСПЛ визнав і рішення національних судів щодо збереження матеріалів цієї справи під грифом «конфіденційно» протягом 10 років [2, с. 19].

Отже, важливе значення у захисті права на здоров'я відіграє Європейська конвенція про захист прав людини і основоположних свобод, якою керується у своїй діяльності Європейський суд з прав людини. Рішення ЄСПЛ є одним із джерел національного права, які допомагають побачити прогалини в українському законодавстві та усунути їх.

#### Список використаних джерел

1. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_004](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004).

2. Галай В. Удосконалення української практики звернення за захистом прав пацієнтів до Європейського суду з прав людини. *Журнал «Медичне право»*. Львів : 2009. 3 (I). С. 15-22.

3. Справа «Биржиковский проти Польщі» (“Byrzykowski v. Poland”). *Журнал «Медичне право»*. Львів : 2008. 1 (I). С. 119-121.

4. Меченков против России (Mеченков v. Russia), (№ 35421/05). *Постановление от 7 февраля 2008 г.* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.echr.ru/documents/doc/2466203/2466203.htm>

5. Гнатовський М., Федорова А., Красовський К., Власенкова О. Дослідження практики Європейського суду з прав людини для визначення Національних стандартів компенсацій порушення державою прав людини: [інформаційно-аналітичний звіт]. [М.]. К. : Атіка, 2011. 184 с.

#### **Кузьмук Борис Ігорович**

студент групи ПР-402

Юридичного факультету

Національного авіаційного університету

#### **Науковий керівник:**

#### **Ергард Наталія Миколаївна**

кандидат медичних наук, доцент,

професор кафедри кримінального

права і процесу Юридичного факультету

Національного авіаційного університету

### **ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ В УКРАЇНІ: АНАЛІЗ ЗМІН В ЗАКОНОДАВСТВІ**

З прийняттям 17 травня 2018 року Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» в вітчизняній трансплантології почався новий період розвитку. Адже починаючи з 1999 року фактично дана галузь ігнорувалась законодавцем та профільними

права людини» (Ов'єдо, 1997), в якій йдеться про право на судовий захист у разі порушення прав та принципів надання медичної допомоги пацієнту.

У низці країн – Фінляндія, 1992; Нідерланди, 1995; Ізраїль, 1996; Литва, 1996; Ісландія, 1997; Данія, 1998; Норвегія, 2000) прийнято закони про статус пацієнтів та їх права, за якими у кожній медичній установі має бути омбудсмен пацієнтів, до якого мають звертатися пацієнти у разі порушення їх прав під час лікування та догляду. На захист прав пацієнта направлені і закони про медичне страхування. Якщо людина медично застрахована, то її права як пацієнта максимально конкретизовані та захищені. В деяких країнах існує багаторівневий контроль за дотриманням прав пацієнта під час лікування. Важливим є те, що самі пацієнти приймають участь у процесі лікування – отримують інформацію про стан здоров'я, про прогноз захворювання, вирішують питання про продовження лікування, подальший нагляд та лікування, бажання про непоновлення життєдіяльності у критичних випадках або при невиліковних захворюваннях.

Права пацієнта захищені також національними кримінальними кодексами.

В сучасних умовах право людини на забезпечення її здоров'я являє собою цілу індустрію здоров'я – профілактику, діагностування, лікування, реабілітацію, здоровий образ життя, фармакологію ліків, виготовлення медичного інструментарію та приладів тощо. Удосконалення цих напрямків, новий технологічний рівень, ускладнення діагностичних та лікувальних процедур змістило акцент, починаючи із 90-х років, із забезпечення прав пацієнта на забезпечення його безпеки.

Таким чином, забезпечення права пацієнта на здоров'я динамічно розвивається на набуває все ширшого тлумачення.

Крім того, у царині забезпечення прав людини на здоров'я працює також і Всесвітня медична асамблея (ВМА), під час роботи яких було вже прийнято низку важливих декларацій. Так, у 1948 р. у м. Женева було прийнято «Присягу лікаря», згідно якої, лікар має «визначати найвищу повагу до людського життя», та не дозволяти «міркуванням віку, хвороби або недієздатності, віросповідання, етнічного походження, політичної належності, раси, сексуальної орієнтації, соціального становища чи іншим факторам встати між виконанням обов'язку та пацієнтом». В подальшому на 22 ВМА у Сідней (1968 р.) та 35 ВМА у Венеції (1983 р.) її було доповнено «Кодексом медичної етики», а Гельсінська декларація ВМА із доповненнями сформулювала «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження» (1964-2008 р.).

Важливим етапом із забезпечення прав пацієнта стала також «Клятва лікаря при вступі до свого співтовариства», прийнята на Генеральній асамблеї ВМА у Стокгольмі (1994), за якою лікар, зокрема, клядеться сумлінно і гідно виконувати свій професійний обов'язок, турбуватися, перш за все, про здоров'я свого пацієнта, берегти таємниці пацієнта.

Основні права пацієнта було сформульовано у Лісабонській декларації на 34 ВМА (1981). Це право вільного вибору свого лікаря, право на отримання допомоги від лікаря, прийняття рішення щодо лікування після отримання адекватної інформації, конфіденційний характер медичних даних, на моральну і духовну підтримку та право вмерти із гідністю.

40-а ВМА (Відень, Австрія, 1988) приймає "Заяву про доступність медичної допомоги", яка пов'язує та збалансовує доступність медичної допомоги із доступністю медичних ресурсів країни.

Основні засади надання медичної допомоги в будь-якій національній системі охорони здоров'я сформульовано в низці резолюцій ВМА: 27-ої ВМА, Мюнхен, 1973; 35-ої ВМА (Венеція, 1983). За цими засадами будь-яка національна система охорони здоров'я має дотримуватися та включати в себе 12 принципів надання медичної допомоги.

«Положення про захист прав і конфіденційність пацієнта», за яким медичні працівники мають діяти в інтересах пацієнта в будь-який час, було прийнято на 45-ій ВМА, 1993 р.

Під час Європейської наради з прав пацієнта (Амстердам, 1994) було прийнято «Декларацію про політику в царині дотримання прав пацієнта в Європі», за якою кожному пацієнту повинна бути надана інформація про його права; якщо пацієнт вважає, що його права були порушені, то він може це оскаржити шляхом як судової процедури, так і на рівні лікувально-профілактичного закладу або незалежної інстанції. Важливим є те, що в Декларації наявні не тільки права пацієнта, але й шляхи їх реалізації.

Розвиток медичної науки, впровадження в медичну практику нових технологій діагностики та лікування обумовило прийняття «Конвенції про

міністерствами. В результаті чого, маючи багатьох високоякісних спеціалістів, в нашій державі фактично трансплантологія була неефективною, адже держава жодним чином не стимулювала створення технічної бази та законодавчої лібералізації процедури трансплантації. Відповідно до статистики МОЗ щорічна потреба в пересадці органів в Україні становить 3 653 операції, однак частка операцій з пересадки органів становить лише 0,8% від усіх операцій [2].

Дослідженням даної галузі займаються такі науковці як: В.А. Глушкова, С.В. Гринчака, Д.П. Кобякова, Н.А. Маргацької, І.В. Мішук, О.Г. Пелагеші, С.С. Тихонової, Б.М. Тодурова, В.І. Шумакова та ін. Проте більшість цих досліджень стосуються старого закону, який втратив чинність 01.01.2019 року. Тому у даній роботі ми проаналізуємо основні зміни в законодавстві України.

Перш за все, було внесено термінологічні зміни до законодавства (ауто трансплантація, гемопоетичні стовбурові клітини, донор-труп, живий донор, імплантатія, імунологічна сумісність, потенційний донор тощо). Крім того, звиняний у старому законі термін «трансплантація органів або тканин» замінено в новому на «трансплантація анатомічних матеріалів» як у назві, так і по тексту закону. Було надано визначення поняттям: момент незворотної смерті, смерть мозку, порядок констатації смерті мозку людини та біологічної смерті [3]. Важливим новаторством є введення поняття «перехресної трансплантації» відповідно до якої перехресне донорство може бути застосоване між пацієнтами, які чекають на пересадку, і які включені до Єдиної державної інформаційної системи трансплантації. Проте наявні тлумачення даного поняття на сьогодні є недостатніми.

Трансплантологія не може існувати без єдиної інформаційної бази даних, тому новим законом запроваджується Єдина державна інформаційна система трансплантації (далі – «ЄДІСТ»), яка призначена для збирання, реєстрації, накопичення, зберігання, обробки інформації та здійснення автоматизованого об'єктивного і неупередженого розподілу анатомічних матеріалів людини, визначення пари «донор-реципієнт» і буде зберігатися на державних інформаційних ресурсах [2]. Проте, досі не написано положення та не створено повністю програмне забезпечення.

Одним із позитивних нововведень є внесення відмітки про надання згоди або незгоди на посмертне донорство та про зміну цього волевиявлення до документів що посвідчують особу. Така відмітка вноситься до документа за бажанням особи. Проте, на нашу думку більш ефективним засобом є створення окремої картки донора, у якій буде наведено всі необхідні дані.

Ще однією новелою закону є запровадження посади трансплант-координатора, який стане основною фігурою в системі трансплантології. Трансплант-координатор повинен мати вищу освіту не нижче другого

(магістерського) рівня у галузі охорони здоров'я, бути працівником закладу охорони здоров'я який матиме право здійснювати трансплантаційну діяльність. Також доречним буде вивчення основ психології, для встановлення контакту з сім'єю донора, реципієнтом. Важливою нормою є те, що трансплантацію зможуть здійснювати заклади охорони здоров'я та наукові установи усіх форм власності ї, оскільки до моменту набуття чинності новим законом такі дії можуть здійснювати лише державні та комунальні заклади охорони здоров'я. Їхній перелік має сформувати відповідний орган державної влади, проте перед тим необхідно сформувати чіткі критерії ліцензування, які повинні містити у собі вимоги щодо технічного забезпечення та спеціально навчений персонал.

Проте найбільш очікуваної зміни не відбулось, в Україні ще досі діє презумпція незгоди, яка на нашу думку гальмує процес трансплантації. Ми вважаємо, що потрібно йти за прикладом Білорусі у якій запроваджено принцип згоди («opting (or contracting) out») – означає, що кожна особа може стати потенційним донором, якщо за життя вона не написала відмову про заборону передачі своїх органів. Це значно зменшить вартість даної процедури та збільшить кількість потенційних донорів.

Отже, проаналізувавши нове законодавство можна сказати, що воно є кращим за попереднє, проте стрімкого прогресу очікувати не варто. Лише після вирішення вказаних у роботі питань можна буде ефективно розвивати трансплантологію України.

#### Список використаних джерел

1. Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині : Закон України від 17 травня 2018 р. № 2427-VIII. *Голос України*. 2018. № 115.
2. Мороз Марина. «Понад 90 тисяч українців потребують операції з трансплантації важливого органа» : *інтерв'ю з Костянтином Руденко, головним кардіохірургом МОЗ України. Газета Експрес*. 2017. URL: <http://expres.ua/digest/2017/05/24/244126-ponad-90-tysyachukrayinciv-potrebuyut-operaciyi-transplantaciyicogo>
3. Новицька М. М. Ключові зміни до законодавства України про трансплантацію. Особливості розвитку публічного та приватного права в Україні: *матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Харків, 20-21 липня 2018 р)*. Харків: ГО «Асоціація аспірантів-юристів», 2018. С. 56-59

про охорону здоров'я щодо забезпечення профілактики та лікування рідкісних (орфанних) захворювань» (*Відомості Верховної Ради (ВВР)*, 2014, № 26, ст.894)

6. МОЗ України: Наказ №778 від 27.10.2014 «Про затвердження переліку рідкісних (орфанних) захворювань». Із змінами, внесеними згідно з Наказами Міністерства охорони здоров'я № 919 від 30.12.2015, № 731 від 29.06.2017}.

7. Наказ Міністерства охорони здоров'я № 778 від 27.10.2014 ( у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України 30.12.2015 № 919).

8. ЗАКОН УКРАЇНИ "Основи законодавства України про охорону здоров'я" (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст.19). 1993

#### Михайличенко Борис Валентинович

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

#### Біляков Андрій Миколайович

доктор медичних наук, професор,  
професор кафедри судової медицини та  
медичного права  
НМУ імені О.О. Богомольця

#### ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА ЛЮДИНИ НА ЗДОРОВ'Я ЯК ДИНАМІЧНИЙ ПРОЦЕС СУЧАСНОСТІ

Проблема прав людини завжди знаходиться у центрі уваги суспільства. Перелік прав людини визначено у міжнародно-правових документах, а їх забезпечення є обов'язком кожної демократичної держави. Тому права людини введено в національні законодавства. Серед основних прав людини є її право на здоров'я як одну із найвищих людських цінностей.

Особливого значення проблема забезпечення права людини на здоров'я набула у наші часи, чому сприяв технічний прогрес, його вплив на довкілля, значний розвиток медицини та її прогрес в лікуванні багатьох хвороб.

Починаючи з 80-х років минулого століття на світових теренах активно розробляють закони, які направлені на захист пацієнта. Передумовою цієї активної діяльності стало утворення Всесвітньої організації охорони здоров'я у 1948 р., членами якої є більше 190 країн світу. Ця всесвітня організація сприяє забезпеченню охорони здоров'я у світі та опікується проблемами охорони здоров'я, оскільки лейтмотив її статуту формулюється як «право на здоров'я».



закупівель, що не повною мірою відповідає реальним потребам пацієнтів. Міністерству охорони здоров'я Комітет рекомендує вжити заходів для створення державного реєстру громадян, які страждають на рідкісні (орфанні) захворювання, його повноцінного адміністрування та можливості інтеграції до Електронної системи охорони здоров'я (eHealth).

Також пропонується опрацювати питання щодо перегляду та вдосконалення галузевих стандартів діагностики, лікування та профілактики орфанних захворювань, посилення контролю за їх дотриманням; доцільності створення у структурі Міністерства охорони здоров'я України окремого підрозділу, який опікуватиметься питаннями організації медичної допомоги орфанним хворим; створення спеціальних координаційних центрів та мультидисциплінарних бригад лікарів для надання медичної допомоги пацієнтам із рідкісними захворюваннями; сприяти підвищенню обізнаності лікарів первинної ланки стосовно ранньої діагностики орфанних захворювань та ряду інших. Так за даними громадської спілки «Орфанні захворювання України», в Державному бюджеті на 2019 рік на лікування 14 найменувань рідкісних (орфанних) захворювань та проведення скринінгу новонароджених на фенілкетонурію, вроджений гіпотиреоз, муковісцероз та адреногенітальний синдром було передбачено 994,6 мільйона гривень (в 2018 році – 697,1 мільйона гривень).

**Висновок:** Проаналізувавши рівень поширеності орфанних захворювань в Україні і дані законодавчої бази щодо надання кваліфікованої лікарської допомоги і медикаментів, спостерігаємо недостатню ефективність первинної діагностики, відсутність єдиного реєстру хворих, не повне забезпечення лікарськими засобами всіх хворих. Важливим є перехід України до протокольного ведення пацієнтів згідно з світовими стандартами, що необхідно в подальшому для ефективного правового менеджменту пацієнтів в системі охорони здоров'я.

#### Список використаних джерел

1. <https://zakon.rada.gov.ua/>
2. Пищита А. Н., Стеценко С. Г. Медицинское право. Особенная часть. Право на жизнь и получение медицинской помощи. Дефекты оказания медицинской помощи. *Учебно-методическое пособие*. М: РМАПО, 2005. С. 12-47
3. Медичний портал «Здоров'я України» - (Електронний ресурс). – Режим доступу : <https://health-ua.com/events/item/33852-npk-z-mzhnarodnoyu-uchastyu-problemi-spadkovo-ta-multifaktorno-patolog-orfa>
4. Медичний портал «Здоров'я України» - (Електронний ресурс). – Режим доступу : <https://health-ua.com/article/43064-rdksn-zahvoryuvannya-yaknepropustiti-tyazhku-patologiyu>
5. Закон України: «Про внесення змін до Основ законодавства України

**Литвиненко Марія Вадимівна**

студентка 5213 групи

2 медичного факультету

НМУ імені О.О.Богомольця

**Науковий керівник**

**Ткаченко Олександр Петрович**

асистент кафедри клінічної фармакології

та клінічної фармації

НМУ імені О.О. Богомольця

#### **ПРАВОВІ ЗМІНИ В ЗАКОНІ ЩОДО ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА ФАЛЬСИФІКАЦІЮ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ АБО ОБІГ ФАЛЬСИФІКОВАНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

**Актуальність теми.** На сьогоднішній день особливо актуальним постає питання фальсифікації лікарських засобів. Як на міжнародному ринку, так і на ринку України зростає кількість медикаментів, вироблення яких не сертифіковано, не має підтвердження факт дотримання норм і правил виготовлення продукції такого характеру, дотримання дозування і відповідного складу. Як наслідок, люди, які купують такі засоби, отримують неякісне лікування, яке до того ж може призвести до різноманітних побічних ефектів, таких як, наприклад, алергічні реакції внаслідок індивідуальної чутливості до компонентів засобу (від місцевих реакцій до анафілактичного шоку), канцерогенна дія, порушення життєво важливих функцій органів і систем (наприклад, дихальної системи, системи органів кровообігу, печінки, нирок). Вживання таких медикаментів становить загрозу для здоров'я і життя населення. Ось чому таким актуальним є прийняття поправок до Кримінального кодексу України щодо відповідальності за фальсифікацію лікарських засобів або обіг фальсифікованих лікарських засобів.

**Мета.** Описати основні аспекти, які стосуються змін Кримінального кодексу України щодо відповідальності за фальсифікацію лікарських засобів або обіг фальсифікованих лікарських засобів; проаналізувати основні положення, зробити висновки щодо їх ефективності і визначити недоліки.

**Матеріали і методи.** 7 червня 2012 року (№ 4908-VI) Україною було підписано і ратифіковано Конвенцію Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я, яка набула чинності 01 січня 2016 року. Конвенція MediciCrime рекомендує державі-учасниці впровадження змін до Кримінального кодексу щодо відповідальності за підробку лікарських засобів. Таким чином, прийняті 12.11.2019 року зміни є важливим кроком на шляху до цивілізованого устрою та євроінтеграції.

Одним із ключових пунктів закону є те, що передбачені кримінальна

відповідальність за закупівлю завідомо неякісних лікарських засобів за рахунок бюджетних коштів (незареєстрована, неліцензована, сфальсифікована продукція та медикаменти, строк придатності яких минув). Залежно від провини, за статтею 364 КК України це класифікується як "Зловживання владою або службовим становищем", ст. 210 КК України «Нецільове використання бюджетних коштів, здійснення видатків бюджету чи надання кредитів з бюджету без встановлених бюджетних призначень або з їх перевищенням» (умисел) або за ст. 367 КК України «Службова недбалість» (необережність). Це суттєво вплине на кількість фальсифікованих препаратів.

Поправками до КК України також посилено кримінальну відповідальність за фальсифікацію лікарських засобів або обіг фальсифікованих лікарських засобів. Зокрема, за виготовлення, придбання, перевезення, пересилання, зберігання або збут завідомо фальсифікованих ліків каратимуть позбавленням волі на термін від 5 до 8 років (попередня редакція закону передбачала покарання за такі діяння позбавленням волі на строк від 3 до 5 років).

Законом встановлюється покарання позбавленням волі на строк від 8 до 10 років із конфіскацією майна у разі, якщо ті самі дії вчинені повторно або за попередньою змовою групою осіб, або службовою особою шляхом зловживання службовим становищем, медичним або фармацевтичним працівником, або за допомогою засобів великомасштабного поширення, зокрема, із застосуванням інформаційних систем, у тому числі інтернету, або у великих розмірах, або якщо вони спричинили тривалий розлад здоров'я особи, а так само виробництво фальсифікованих лікарських засобів. Досі такі діяння каралися позбавленням волі на строк від 5 до 8 років з конфіскацією майна.

Якщо зазначені дії спричинили смерть особи або інші тяжкі наслідки, або вчинені в особливо великих розмірах, пропонується передбачити покарання у вигляді довічного позбавлення волі з конфіскацією майна. Раніше це каралося позбавленням волі на строк від 8 до 10 років або довічним позбавленням волі з конфіскацією майна.

Однією з найголовніших проблем є те, що залишається невирішеним питання перевірки якості продукції і кримінальної відповідальності за її продаж через мережу інтернет. Важко відстежити продаж медичних препаратів через те, що вони надходять прямо до рук споживача.

**Результат.** Внаслідок введення поправок до Кримінального Кодексу України суттєво збільшилась кримінальна відповідальність за фальсифікацію лікарських засобів.

**Висновки.** Як висновок, можна сказати, що зміни в Кримінальному кодексі України матимуть позитивні наслідки. Проте залишається ряд питань, які потребують додаткового розгляду (питання купівлі/продажу несертифікованих лікарських засобів через інтернет).

**Манжула Тетяна Константинівна**

студентка 5213 групи

2 медичного факультету

НМУ імені О.О.Богомольця

**Науковий керівник**

**Ткаченко Олександр Петрович**

асистент кафедри клінічної фармакології

та клінічної фармації

НМУ імені О.О. Богомольця

## **ПРАВА ХВОРИХ НА ОРФАННІ ХВОРОБИ**

**Актуальність:** Орфанні хвороби – це вроджені або набуті захворювання, які трапляються вкрай рідко – рідше, ніж один випадок на 2000 населення країни. 80% цих захворювань генетично обумовлені. Вони не лише мають тяжкий і хронічний перебіг, але й супроводжуються зниженням якості та скороченням тривалості життя пацієнтів. Такі люди зазвичай потребують дорогих ліків, безперервного та пожиттєвого лікування. Більшість орфанних захворювань діагностують у ранньому віці, у 35% випадків вони стають причиною смерті малюків до року, у 10% – дітей у віці до 5 років, у 12% – у віці від 5 до 15 років. В Україні затверджено 275 нозологій. Цього року, завдяки збільшенню фінансування на 340 млн. грн., на державні закупівлі ліків і медвиробів для пацієнтів з орфанними хворобами виділено 1,8 млрд. грн.

**Мета:** Визначити наявну правову базу забезпечення ліками пацієнтів з орфанними захворюваннями. Дати клініко-фармакологічну та правову оцінку клінічного менеджменту пацієнтів з орфанними захворюваннями.

**Матеріали:** Згідно з даними, незважаючи на передбачені Законом гарантії для орфанних хворих щодо безперебійного та безоплатного забезпечення їх необхідними лікарськими засобами та харчовими продуктами для спеціального дієтичного споживання, на практиці ці пацієнти не забезпечені у повному обсязі необхідними препаратами та дієтичним харчуванням. Згідно з висновками Комітету, однією з причин такого стану справ є відсутність державного реєстру громадян, які страждають на рідкісні (орфанні) захворювання, що не дає можливості чітко визначити кількість хворих та їхню потребу в лікарських засобах, медичних виробках та продуктах дієтичного харчування. Іншою причиною є відсутність або недосконалість вітчизняних галузевих стандартів діагностики та лікування багатьох рідкісних захворювань, а також відсутність спеціалізованих медичних закладів для цих хворих і брак відповідних фахівців. Ці причини, у поєднанні з недосконалістю/некоректністю діагностики орфанних захворювань, зумовлюють формування номенклатури лікарських засобів, медичних виробів та продуктів дієтичного харчування для здійснення державних

предмети, розташовані на шляху падіння на різній висоті. При падінні тіла з висоти звичайно виявляють ознаки загального струсу тіла – крововиливи і розриви в ділянці коренів легень, судин, основи серця, крововиливи в зв'язки і під капсулу печінки, селезінки, в заочеревинну клітковину і жирову капсулу нирки [1, с. 78].

Для визначення положення тіла в момент удару об площину важливе значення має дослідження кісток. У випадках падіння на ноги спостерігаються переломи п'яткових кісток, вбиті переломи кісток гомілок і стегон, перелом шийки стегна, компресійні переломи тіл хребців; при падінні на сідниці – переломи кісток таза, компресійні переломи хребта на рівні XI-XII грудних і I-III поперекових хребців, кільцеподібний перелом кісток основи черепа; в разі падіння на голову – численні переломи кісток склепіння і основи черепа [2, с. 131].

У випадках судово-медичного дослідження стосовно падіння на площині експерт повинен зазначити слідчому ознаки падіння з прискоренням, спричиненим поштовхом чи ударом сторонньої людини. Ці ушкодження, зазвичай, локалізуються на боці, протилежному місцю контакту з твердим покриттям.

Отже, за останні роки було вироблено велику кількість наукових досліджень з проблеми експертизи ушкоджень при падінні з висоти, що багато в чому розширило уявлення про цей своєрідний і складному для судово-медичної експертизи вигляді травми тупими твердими предметами. Основне значення для тяжкості травми мають висота падіння і жорсткість поверхні зіткнення. Положення тіла і момент удару при «приземленні» багато в чому визначають морфологію пошкоджень і їх локалізацію.

#### Список використаних джерел

1. Міщалов В. Д., Тагасв М. М., Хижняк В. В., Дунаев О. В., Моргун А. О., Моргун О. О. Судово-медичний опис тілесних ушкоджень, термінів давності їх утворення і загоєння: *навчальний посібник*. Київ : НМАПО, 2018. 151 с.

2. Найда А. І., Малик О. Р. Комплексний навчальний посібник з судової медицини для студентів юридичного факультету та слухачів правничих спеціальностей. Львів : Юридичний факультет Львівського національного університету імені Івана Франка, 2011. 178 с.

**Conclusions:** As a conclusion, we can say that changes in the Criminal Code of Ukraine will have positive consequences. However, there is a number of issues that need further consideration (the issue of buying / selling non-certified medicines online).

#### Список використаних джерел

1. Конституція України від 28 червня 1996 року
2. Кримінальний кодекс України від 1 квітня 2001 року
3. Стеценко С. Г. Медичне право України: Підручник // *За заг. Ред. д.ю.н., проф. С.Г.Стеценка*. К: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008
4. Проект закону України від 20.09.2019. Дата розгляду: 31.10 2019 (*Закон України про внесення змін до статті 321 Кримінального кодексу України щодо посилення відповідальності за фальсифікацію лікарських засобів*)
5. <https://www.apteka.ua/article/516110>
6. <https://www.ukrinform.ua/rubric-politics/2816777-rada-posilila-kriminalnu-vidprovidalnist-za-pidrobku-likiv.htm>

#### Лихова Софія Яківна

доктор юридичних наук, професор,  
завідувач кафедри  
кримінального права і процесу  
Юридичного факультету  
Національного авіаційного  
університету

#### ПРОБЛЕМИ КРИМІНАЛІЗАЦІЇ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА (СТ. 126-1 КК УКРАЇНИ)

Рада Європи, яка наразі налічує 47 держав, постійно прагне розробляти спільні демократичні та правові принципи на засадах Конвенції про захист прав людини та основоположних свобод, інших документів із захисту прав людини, у тому числі прав жінок. Останнім часом Рада Європи все активніше виступає на захист жінок від гендерно зумовленого насильства: в 2002 році була ухвалена рекомендація (2002)5 щодо захисту жінок від насильства, а 11 травня 2011 року запропонована для підписання в Стамбулі всеохоплююча Конвенція Ради Європи про запобігання насильству стосовно жінок і домашньому насильству та боротьбу з цими явищами (далі – Стамбульська конвенція).

7 листопада 2011 року Стамбульську конвенцію підписано також і від імені України.

Необхідність підписання та ратифікації Україною Стамбульської конвенції зумовлена багатьма причинами різного характеру. Це і

зобов'язання України перед Радою Європи, і необхідність наближення законодавства України до законодавства Європейського Союзу в контексті набуття Україною повноправного членства в ЄС. Законодавство України тривалий час не містило всеохоплюючого визначення насильства щодо жінок і гендерно зумовленого насильства (водночас останнє має багато проявів: домашнє насильство, зґвалтування, фізичні напади, переслідування, сексуальні домагання тощо), не передбачало ефективного цивільно-правового захисту потерпілих, гендерної складової у проведенні превентивних заходів. Стамбульська конвенція ж впроваджує комплексний підхід до боротьби з насильством щодо жінок і домашнім насильством, посилює захист від дискримінації за гендерною ознакою, чим суттєво доповнює існуючі інструменти. Задля наближення до цих стандартів, як важливу складову єдиного комплексного процесу 7 грудня 2017 року було прийнято Закон «Про запобігання та протидію домашньому насильству», яким також були внесені значні зміни до Закону «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» від 8 вересня 2005 року (зокрема в частині системної регламентації запобігання насильству за ознакою статі).

Але головні причини – фактичні: домашнє насильство і насильство стосовно жінок є явищами, досить поширеними в сучасній Україні. Достатньо сказати, що лише протягом 2016-2017 років, згідно з даними судової статистики, більше 82 тис. осіб піддано адміністративним стягненням за ст. 173-2 Кодексу України про адміністративні правопорушення за насильство в сім'ї, невиконання захисного припису чи непроходження корекційної програми особою, яка вчинила таке насильство. Крім того, щороку щонайменше 200 осіб засуджуються за статеві і суміжні з ними злочини, а тисячі осіб – за заподіяння тілесних ушкоджень, побої і мордування стосовно членів сім'ї [1].

На нашу думку, таке суспільно небезпечне явище як домашнє насильство заслуговує на увагу та протидію, але воно не досягає ступеню суспільної небезпеки саме злочину. Держава, безумовно, повинна реагувати на прояви як домашнього насильства, так і на прояви насильства в цілому. Але способи реагування можуть бути різними і вони не повинні завжди зводитися лише до реагування кримінально-правовими засобами. В першу чергу, домашнє насильство є сімейною, приватною справою. Законодавець в галузі кримінального права не має офіційного повноваження втручатися в приватні справи тієї чи іншої сім'ї. Взаємовідносини і поведінка в сім'ї – це справа приватна і залежать ці феномени не стільки від правового регулювання, скільки від соціальних факторів, які впливають на виховання членів сім'ї – повага до жінки, до сімейних цінностей тощо.

Ми вважаємо, що норма, яка передбачена в ст. 126-1 КК України є прикладом надмірної криміналізації, а окремі формулювання, особливо, в

обумовлюється швидкістю руху тіла і його вагою. Чим більше вага тіла, тим сильніший струс в момент удару.

Випадки падіння з висоти (вікон, балконів, дахів будинків, дерев, будівель, а також на площині з положення стоячи) є досить частими в судово-медичній практиці і трапляються за багатьох обставин. Особливості механізму ушкоджень при падінні з великої висоти полягають у тому, що рухається (падає) тіло людини, а пошкоджуючий предмет (площина), на який падає тіло, нерухомий [1, с. 76].

Ушкодження, які особа отримує внаслідок падіння з висоти, залежать від висоти та умов падіння. Виділяють такі види падіння:

а) падіння з висоти власного зросту (падіння на площині);

б) падіння з висоти кількох метрів (з дерев, вікон перших, других поверхів і невисоких споруд);

в) падіння з кількох десятків метрів (з багатоповерхових будинків, інших висотних споруд);

г) падіння з дуже великої висоти (дахи хмарочосів, гірські вершини, з нерозкритим парашутом) [2, с. 123].

Падіння може бути вільним, коли тіло особи не стикається з перешкодами до контакту з поверхнею ґрунту (покриття), і східчастим, коли тіло під час падіння стикається з балконом, будівельним риштуванням, гілками дерев тощо. Під час падіння в горах особа може травмуватись камінням, яке падає разом з тілом або слідом за нею.

Вільне падіння людини характеризується низкою особливостей, а саме:

- зовнішні ушкодження локалізуються тільки на поверхні, якою тіло контактувало з твердим покриттям;

- зовнішні ушкодження не відповідають внутрішнім, із значною перевагою останніх;

- характерні численні конструкційні переломи кісток (за межами прямої дії сили);

- виражені ознаки загального струсу тіла [2, с. 125].

Судово-медичному експерту для встановлення механізму травми важливо знати умови падіння: масу тіла, висоту, властивості поверхні, на яку падає тіло (м'який ґрунт, замерзла земля, асфальтове покриття тощо), наявність одягу і положення тіла в момент контакту з поверхнею.

При судово-медичній діагностиці падіння тіла з висоти звертають увагу на обставини справи та характерні ознаки. Однією з них є невідповідність зовнішніх пошкоджень внутрішнім. Останніх значно більше внаслідок розривів, відривів і переміщення в напрямі падіння в поєднанні з множинними переломами кісток. У таких випадках говорять, що труп нагадує мішок, наповнений кістками. При прямому падінні тіла спостерігається, як правило, переважно одностороння локалізація пошкоджень. Вони можуть бути і двосторонніми внаслідок ударів об

органів і посадових осіб, які ведуть кримінальний процес, на думку Т.В. Омельченко, знаходять свій прояв у: праві громадян на свободу об'єднання для захисту своїх прав і свобод; у праві особи звертатися за захистом своїх прав до Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, до відповідних міжнародних установ чи органів міжнародних організацій, членом або учасником яких є Україна та ін. [1, с. 256].

За функціональною спрямованістю конституційні гарантії прав особи в кримінальному процесі можна розділити на: а) гарантії реалізації прав; б) гарантії охорони прав; в) гарантії захисту прав; г) гарантії відновлення прав. За сферою дії вони поділяються на загально-галузеві (право на повагу до гідності особи) і спеціально-галузеві гарантії прав (право на захист). Залежно від можливості обмеження: гарантії прав, що не можуть бути обмежені (право на життя) і гарантії прав, обмеження яких за певних умов допускається (право на недоторканність житла чи іншого володіння особи).

#### Список використаних джерел

1. Омельченко Т.В. Система конституційних гарантій прав і законних інтересів особи в кримінальному судочинстві. *Актуальні проблеми сучасної науки в дослідженнях молодих учених*. Сімферополь: Таврія, 2006. Вип. 9. С. 253-257.

2. Кримінальний процес України: підручник] / за ред. Ю.М. Грошевого, В.М. Хотенця. Харків: Право, 2000. 494 с.

3. Маляренко В.Т. Конституційні засади кримінального судочинства. Київ: Юрінком Інтер, 1999. 318 с.

**Майка К. О.**

студентка Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету

**Науковий керівник:**

**Ергард Наталія Миколаївна**

кандидат медичних наук, доцент,  
професор кафедри кримінального  
права і процесу Юридичного факультету  
Національного авіаційного університету

#### СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА УШКОДЖЕНЬ ПРИ ПАДІННІ З ВИСОТИ

Серед травм тупими твердими предметами важливе місце належить ушкодженням при падінні з висоти. Це визначається двома моментами: по-перше, частотою цих ушкоджень і, по-друге, особливостями їх морфології і умовами виникнення.

Як відомо, основним механізмом виникнення ушкоджень при падінні з висоти є удар тіла об землю і його струс. Сила удару при падінні

яких визначаються зміст діянь, що складають об'єктивну сторону юридичного складу цього злочину, а також ознаки спеціального суб'єкта – далекі від досконалості і є таким, що затрудняють розуміння і, як наслідок, процес застосування цієї норми.

Загалом, в диспозиції ст. 126-1 КК України «Домашнє насильство» йдеться про конкретні прояви насильства. В Розділі II КК України «Злочини проти життя та здоров'я особи» містяться норми, в яких передбачені підстави кримінальної відповідальності за насильницькі посягання на особу. До таких посягань законодавець відносить, зокрема, тілесні ушкодження (легкі, середньої тяжкості та тяжкі), побої та мордування, катування, доведення до самогубства, залишення в небезпеці, сексуальне насильство тощо.

Не слід забувати, коли ми аналізуємо норму, яка міститься у ст. 126-1 КК України «Домашнє насильство» про таке:

1. Це конвенційний злочин. В кримінальному законодавстві України за останні п'ять років з'явилося багато нових норм і навіть цілих інститутів (наприклад, інститут кримінальної відповідальності юридичних осіб, інститут кримінальної відповідальності за корупційні злочини, інститут обмежувальних заходів, які застосовуються до осіб, які вчинили домашнє насильство тощо). Ці норми з'явилися не стільки тому, що кримінальне законодавство України є недосконалим і в ньому бракує законодавчих конструкцій, які дозволяли б реагувати на вчинення суспільно небезпечних діянь – злочинів. Вони з'явилися як необхідність імплементації європейських норм і стандартів в українське законодавство.

2. Домашнє насильство є різновидом насильницьких посягань на здоров'я особи – фізичне, психічне, моральне. Саме це і зумовлює місце розташування норми про домашнє насильство серед злочинів проти життя і здоров'я особи (розділ II Особливої частини КК України). Але цей злочин за ступенем суспільної небезпеки відноситься до злочинів невеликої тяжкості (найтяжчий вид покарання за нього – позбавлення волі на строк не більше двох років). Це означає, що з часом, коли в кримінальному законодавстві України буде здійснений поділ суспільно небезпечних діянь (правопорушень) на кримінальні проступки і злочини, це діяння, очевидно, буде віднесене до категорії кримінальних проступків, з усіма наслідками, які будуть супроводжувати цю кримінально-правову реформу.

3. На нашу думку, основною ідеєю, які лежить в основі запровадження кримінальної відповідальності за домашнє насильство є встановлення відповідальності за діяння, які в силу обстановки їх вчинення залишаються (і будуть в подальшому залишатися) латентними. Така ситуація зумовлена тим, що ці суспільно небезпечні діяння вчинюються у вузькому і, як правило, закритому від стороннього спостерегача приватному колі – у сім'ї. При цьому є незрозумілим, чому законодавець

відносить до числа потерпілих, наприклад, колишне подружжя. З іншої сторони, зовсім не піддається поясненню термінологічний зворот «або інші особи, з якою винний перебуває (перебував) у близьких відносинах». Близькі відносини – це оціночна категорія із дуже невизначеним і широким змістом.

4. Домашнє насильство можна було б розглянути як спеціальну норму, із спеціальним суб'єктом, але занадто незначна санкція, якщо порівняти її із іншими санкціями, які передбачені за насильницькі посягання на здоров'я особи, не дозволяє цього зробити.

#### **Список використаних джерел**

1. Роз'яснення для зацікавлених фахівців щодо змін у кримінальному законодавстві у зв'язку із прийняттям Закону України «Про внесення змін до Кримінального і Кримінального процесуального кодексів України з метою реалізації положень Конвенції Ради Європи про запобігання насильству стосовно жінок і домашньому насильству та боротьбу з цими явищами». URL: [https://ukraine.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA\\_Brosh\\_A5\\_20str\\_4%2B4\\_pq\\_180918%20%281%29.pdf](https://ukraine.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_Brosh_A5_20str_4%2B4_pq_180918%20%281%29.pdf).

#### **Літвінова Ірина Феофанівна**

кандидат юридичних наук, доцент,  
доцент кафедри  
кримінального права і процесу  
Юридичного факультету  
Національного авіаційного  
Університету

#### **КОНСТИТУЦІЙНІ ГАРАНТІЇ ПРАВ І ЗАКОННИХ ІНТЕРЕСІВ ОСОБИ У СФЕРІ КРИМІНАЛЬНОГО СУДОЧИНСТВА**

Аналіз положень Конституції України дозволяє виділити певну систему конституційних гарантій прав і свобод людини у сфері кримінального судочинства. Цю систему утворюють: 1) конституційні принципи судоустрою; 2) конституційні принципи судочинства; 3) конституційні матеріально-правові і процесуальні права людини; 4) конституційні обов'язки держави, її органів і посадових осіб щодо забезпечення прав та свобод людини; 5) конституційний судовий контроль за дотриманням прав і свобод людини; 6) конституційні засади несудового контролю за діяльністю державних органів і посадових осіб, які ведуть кримінальний процес [1, с. 254].

Значення конституційних принципів судоустрою у системі гарантій прав особи в кримінальному процесі полягає в тому, що вони характеризують зовнішній рівень незалежності судової влади, що покликана захищати права і свободи громадян [2, с. 5], а також

забезпечити ефективність відновлення порушених прав і свобод людини [3, с. 30]. Серед них особливо слід виділити: а) здійснення правосуддя виключно судами; б) незалежність і недоторканність суддів; в) участь народу у здійсненні правосуддя та деякі інші.

Конституційні принципи судочинства характеризують внутрішній рівень незалежності судової влади, встановлюють основні вимоги щодо форм і процедури здійснення правосуддя в кримінальних справах. Серед конституційних принципів судочинства в аспекті гарантування прав особи в кримінальному процесі слід виділити: а) законність; б) рівність усіх перед законом і судом; в) змагальність і диспозитивність; г) забезпечення права на захист; д) обов'язковість рішень суду; е) забезпечення апеляційного та касаційного оскарження судових рішень та ін.

Конституційні принципи судочинства гарантують реалізацію конституційних матеріально-правових і процесуальних прав людини. Конституційні права людини відображають межі її свободи, а також правові можливості відстоювання своїх інтересів у судочинстві. Конституційні права особи умовно поділяються на матеріально-правові і процесуальні. До першої групи належать: право на повагу до честі та гідності; право на свободу та особисту недоторканність; право на недоторканність житла та іншого володіння особи; право на таємницю листування тощо. Другу групу утворюють: право на звернення до суду; право на оскарження в суді дій чи бездіяльності органів державної влади, посадових і службових осіб; право відмовитись давати показання або пояснення щодо себе, членів сім'ї та близьких родичів; право на захист й ін.

Рівень встановлення конституційних обов'язків держави, її органів і посадових осіб щодо забезпечення прав та свобод людини дозволяє говорити про концепцію взаємовідносин держави і людини, в тому числі і в сфері кримінального судочинства. До таких обов'язків слід віднести: необхідність діяти лише на підставі, в межах повноважень і у спосіб, що визначені Конституцією та Законами України; розглядати звернення громадян у відповідності до закону; у передбачених законом випадках надавати особі безоплатну юридичну допомогу; відшкодовувати матеріальну та моральну шкоду в разі скасування вироку як неправосудного; обов'язок прокуратури підтримувати публічне обвинувачення в суді, нагляд за негласними та іншими слідчими і розшуковими діями органів правопорядку та ін.

Конституційний судовий контроль за дотриманням прав і свобод людини в кримінальному процесі проявляється через пряму дію норм Конституції України, що мають вищу юридичну силу, у врегулюванні кримінально-процесуальних відносин, а також втрату юридичної сили законами, іншими правовими актами або їх окремими положеннями у разі визнання їх неконституційними.

Конституційні засади несудового контролю за діяльністю державних