

**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ  
КАФЕДРА СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ ТА МЕДИЧНОГО ПРАВА  
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІНФРАСТРУКТУРИ ТА  
ТЕХНОЛОГІЙ  
ІНСТИТУТ УПРАВЛІННЯ, ТЕХНОЛОГІЙ ТА ПРАВА  
ІМЕНІ ГЕТЬМАНА ПЕТРА КОНОШЕВИЧА-САГАЙДАЧНОГО  
ЮРИДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ  
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ВНУТРІШНІХ СПРАВ  
ПВНЗ «ФІНАНСОВО-ПРАВОВИЙ КОЛЕДЖ»**



**ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ СУДОВО-  
МЕДИЧНОЇ ТА ПРАВОВОЇ ПРАКТИКИ**

*Матеріали  
міжвідомчої міждисциплінарної науково-практичної конференції  
Київ, 23 травня 2019 року*





Наукове видання

**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ  
КАФЕДРА СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ ТА МЕДИЧНОГО ПРАВА  
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІНФРАСТРУКТУРИ ТА  
ТЕХНОЛОГІЙ  
ІНСТИТУТ УПРАВЛІННЯ, ТЕХНОЛОГІЙ ТА ПРАВА  
ІМЕНІ ГЕТЬМАНА ПЕТРА КОНОШЕВИЧА-САГАЙДАЧНОГО  
ЮРИДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ  
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ВНУТРІШНІХ СПРАВ  
ПВНЗ «ФІНАНСОВО-ПРАВОВИЙ КОЛЕДЖ»**

## **ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ СУДОВО- МЕДИЧНОЇ ТА ПРАВОВОЇ ПРАКТИКИ**

*Матеріали*

*міжвідомчої міждисциплінарної науково-практичної конференції  
Київ, 23 травня 2019 року*

Підписано до друку 20.05.2019  
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

## **ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ СУДОВО- МЕДИЧНОЇ ТА ПРАВОВОЇ ПРАКТИКИ**

*Матеріали*

*міжвідомчої міждисциплінарної науково-практичної конференції  
Київ, 23 травня 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;

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

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

*Збірник тез за матеріалами міжвідомчої міждисциплінарної науково-практичної конференції рекомендований Вченою радою Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України (Протокол № 6 від 25.04.2019 р.).*

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

**Проблемні питання судово-медичної та правової практики:** збірник матеріалів міжвідом. міждисцип. наук.-практ. конф. (Київ, 23 трав. 2019 р.)/ [редкол.: Михайличенко Б.В., Ергард Н.М., Федорова О.А.] – НМУ ім. О.О. Богомольця, 2019. – 124 с.

**УДК [340.6+34]:061.3**

© НМУ імені О.О. Богомольця, 2019.

© НАВС, 2019.

© ДУІГ, 2019.

© ПВНЗ «Фінансово-правовий коледж», 2019.

контрабанду, перепаковування прострочених лікарських засобів, безліцензійне виробництво медпрепаратів, продаж лікарських засобів через мережу Інтернет тощо.

Планомірні та ефективні заходи з боку держави могли б сприяти зниженню частки фальсифікату та контрабандних медпрепаратів на її внутрішньому ринку. Одним з таких заходів могли б стати удосконалення кримінального законодавства. Зокрема, законодавець має доповнити диспозицію ст. 321-1 КК України «Фальсифікація лікарських засобів або обіг фальсифікованих лікарських засобів» вказівкою про відповідальність за фальсифікацію та обіг фальсифікованих лікарських засобів для ветеринарного використання, пристроїв медичного призначення, а також активних речовин, ексципієнтів, частин, матеріалів та аксесуарів. Держава повинна забезпечити посилення контролю за дотримання законодавства, а також боротьбу з корупцією на місцях та впровадження нових законодавчих норм щодо захисту ринку.

### Список використаних джерел

1. Кирсанов Д. Аптечний ринок України по итогам I кв. 2019 г.: Helicopter View. // Електронне видання: «Аптека.ua», 2019, №15. URL: <https://www.apteka.ua/article/498776> (дата звернення: 10.05.2019).

2. Середня зарплата в Україні за даними Міністерства фінансів за березень 2019 року. URL: <https://index.minfin.com.ua/labour/salary/average/> (дата звернення: 11.05.2019).

3. Чисельність населення України в 2019 році за даними Міністерства фінансів. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/reference/people/> (дата звернення: 11.05.2019).

4. Коваленко І. А. Кримінальна відповідальність за фальсифікацію та обіг фальсифікованих лікарських засобів: дис. ... канд. юрид. наук.: 12.00.08. Одеса, 2017. 257 с.

5. Конвенція Ради Європи про про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я. URL: [http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_a91](http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_a91) (дата звернення: 12.05.2019).

майна.

Порівнюючи два документи (Конвенцію та чинний Кримінальний кодекс України) можна сказати, що дотепер Україна не виконала міжнародно-правові зобов'язання стосовно визнання злочином фальсифікації та обігу фальсифікованих лікарських засобів для ветеринарного використання, пристроїв медичного призначення, а також активних речовин, ексципієнтів, частин, матеріалів та аксесуарів.

Так, фальсифікація зазначених предметів та їх обіг можуть підпадати під дію ст. 227 КК України «Умисне введення в обіг на ринку України (випуск на ринок України) небезпечної продукції» за умови, що така продукція не відповідає вимогам щодо безпеки продукції, встановленим нормативно-правовими актами, а її загальна вартість перевищує 500 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян (у 2019 році – 475 250 грн.). Крім того, такі дії можуть кваліфікуватися як за ст. 229 КК України «Незаконне використання знака для товарів і послуг, фірмового найменування, кваліфікованого зазначення походження товару» за умови такого незаконного використання або іншого умисного порушення права на ці об'єкти, якщо це завдало шкоди в розмірі, який у 20 і більше разів перевищує неоподатковуваний мінімум доходів громадян (у 2019 році – 1901 грн.).

З цього можна зробити висновок, що статті 227 та 229 КК України не вирішують питання щодо кримінальної відповідальності за фальсифікацію та обіг фальсифікованих лікарських засобів для ветеринарного використання, пристроїв медичного призначення, а також активних речовин, ексципієнтів, частин, матеріалів та аксесуарів, оскільки містять цілий ряд обмежень. Крім того, санкції, які передбачені за вчинення цих злочинів, суперечать ратифікованій Україною Конвенції Ради Європи, оскільки за останньою відповідальність за вчинення таких злочинів повинна бути передбачена у вигляді позбавлення волі. Існують також й інші проблеми, зокрема, недостатній рівень впровадження належних фармацевтичних практик (GMP) сприяє зростанню неконтрольованих виробництв і каналів збуту ліків, а низький рівень захисту авторських прав не дозволяє задіяти самих виробників для боротьби з контрабандними потоками і фальсифікатом. Серед найбільш поширених шляхів потрапляння фальсифікату та заборонених медпрепаратів можна назвати

## ЗМІСТ

### **Александренко О.В.**

Проблемні питання практики призначення, проведення та оцінки результатів судових експертиз при розслідуванні серійних сексуальних вбивств.....6

### **Артеменко О.І., Ющенко В.О.**

Нормативно-правові аспекти проведення вакцинації в Україні.....10

### **Берзіна А.**

До питання кримінальної відповідальності у сфері фармацевтичної діяльності.....14

### **Біляков А.М.**

Визначення давності настання смерті щодо запропонованої МОЗ настанови: недоліки та особливості використання.....17

### **Бойко М.В., Плетенецька А.О.**

Судово-медична оцінка отруєння бутаном: випадок з практики.....20

### **Бугайова Н.М.**

Вплив сучасних цифрових технологій на криміналізацію нових видів злочинної діяльності.....23

### **Веселовська Н.О.**

Судово-психологічна та судово-психіатрична експертизи при розслідуванні втягнення неповнолітніх у злочинну діяльність.....26

### **Войтенко М.Ю., Плетенецька А.О.**

Заходи примусового лікування. Експертні та кримінально-правові питання.....31

### **Внуков О.Р., Федорова О.А.**

Проблемні питання «оборонної» медицини. Практичні судово-медичні та юридичні аспекти.....35

### **Волобуєв О.Є.**

Порушення при складанні висновків судово-медичними експертами, що дають підстави вважати такі висновки недопустимим доказом в судовому засіданні.....39

### **Галіч В.С. М., Артеменко О.І.**

Судово-медичні аспекти уражень з пневматичної зброї.....41

<b>Ергард Н.М.</b> Визначення відсотку втрати загальної працездатності при проведенні судово-медичної експертизи: проблемні правові питання.....	46
<b>Женунтий В.И., Александренко Е.А.</b> Развитие уголовно-правовой нормы об ответственности за незаконное обращение с оружием, боевыми припасами и взрывчатыми веществами в законодательстве Украины.....	49
<b>Катеринчук К.В.</b> Проблемні оцінки стійкої втрати працездатності.....	54
<b>Качан Є.О.</b> Проблемне питання реалізації права на смерть в Україні.....	56
<b>Ковалевська Є., Семенов В.В.</b> Важливість використання спеціальних медичних знань під час розслідування злочинів вчинених медичними працівниками.....	59
<b>Ковбан М.Ю.</b> Органи виконавчої влади vs журналісти.....	63
<b>Косенко Б.Т., Ткаченко О.П.</b> Правові аспекти використання незареєстрованих лікарських засобів в Україні.....	66
<b>Ліщинська А.А.</b> Спосіб цитологічної ідентифікації діатомового планктону шляхом забарвлення осадової рідини поліхромним барвником азур І – еозином та розчином метиленового синього.....	71
<b>Михайличенко Б.В., Бондар С.С.</b> Створення біохімічних відділень у структурі судово-медичної лабораторії – актуальна вимога часу.....	73
<b>Мичко М.І.</b> Застосування примусових заходів медичного характеру: порівняльно-правові аспекти.....	76
<b>Плетенецька А.О.</b> Особливості надання медичної допомоги в ургентних випадках (за даними комісійних судово-медичних експертиз).....	80
<b>Полюк Н.О.</b> Необхідність суворого дотримання принципу об'єктивності та повноти дослідження при проведенні судово-медичних експертиз.....	84

(лікарських засобів для людського та ветеринарного використання та пристроїв медичного призначення), активних речовин, ексципієнтів, частин, матеріалів та аксесуарів (ст. 4, 5 та 6 Конвенції). Також імплементація положень цієї Конвенції в кримінальне законодавство України передбачає запровадження покарання у вигляді позбавлення волі за такі злочини, посилення покарання для осіб, які вчинили злочини під час здійснення професійних або службових обов'язків (шляхом зловживання довірою, наданою їм як професіоналам або як виробникам, а також постачальникам). Крім того, важливим положенням цієї Конвенції є можливість притягнення до відповідальності юридичних осіб.

Ратифікувавши зазначену вище Конвенцію, Україна, однак, не змогла імплементувати в повному обсязі її положення в національне законодавство. З кваліфікацією вказаних злочинних діянь існують певні проблеми, що також не сприяє ефективній боротьбі з цим явищем. Українським законодавством передбачена відповідальність за фальсифікацію лікарських засобів, зокрема, статтю 321-1 Кримінального кодексу України (далі – КК) передбачена відповідальність за фальсифікацію лікарських засобів або обіг фальсифікованих лікарських засобів. Однак, норми цієї статті передбачають відповідальність лише за лікарські засоби для використання людьми, натомість Конвенція встановлює значно ширший перелік предметів, фальсифікація яких має передбачати кримінальну відповідальність.

Так, за виготовлення, придбання, перевезення, пересилання, зберігання з метою збуту або збут завідомо фальсифікованих лікарських засобів законодавець передбачає від трьох до п'яти років позбавлення волі. Вчинення того самого злочину повторно чи за попередньою змовою групою осіб, або у великих розмірах, або якщо вони спричинили тривалий розлад здоров'я особи, а так само виробництво фальсифікованих лікарських засобів законодавець визначає відповідальність у вигляді позбавлення волі на строк від п'яти до восьми років з конфіскацією майна. Особливо кваліфікуючою ознакою цього злочину є частина третя, якою передбачена відповідальність у випадку дій вчинених частиною першою або другою цієї статті, якщо вони спричинили смерть особи або інші тяжкі наслідки, або вчинені в особливо великих розмірах та караються позбавленням волі на строк від восьми до десяти років або довічним позбавленням волі, з конфіскацією

усю систему охорони здоров'я, методи діяльності та правового впливу держави у даній сфері.

Фальсифіковані лікарські засоби - це фармацевтичний продукт, який умисно та обманним шляхом забезпечений неправдивим маркуванням щодо його справжності та джерела походження. Неконтрольоване зростання фармацевтичного ринку є однією з основних причин виробництва та реалізації фальсифікованих лікарських засобів. Не сприяє очищенню ринку від фальсифікату і досить низький рівень контролю за виконанням законів.

За підсумками першого кварталу 2019 року аптечні продажі всіх категорій товарів «аптечного кошику» склали 25,6 млрд грн. У гривневому еквіваленті продаж лікарських засобів у порівнянні з аналогічним періодом 2018 року збільшився на 18, 5% [1]. За даними Міністерства фінансів середньостатистична місячна зарплата по Україні складає 10 237,00 грн. [2], а чисельність населення складає 42 153,2 млн чоловік [3]. Можна умовно розрахувати відсоток витрачених коштів із зарплати однією людиною на покупку лікарських засобів: 25,6 млрд грн : 42 153,2 млн грн = 595,24 грн;  $595,24 * 100\% : 10\ 237, 00 * 3 = 1,93\ %$ .

За дослідженнями Україна займає четверте місце серед країн СНД по споживанню медикаментів. Частково це пов'язане із поширеним серед населенням самолікуванням та широким асортиментом ліків безрецептурного продажу [4]. У той же час питання, пов'язані із забезпеченням якості препаратів при їх виробництві та реалізації, часто залишаються поза увагою тих, хто має за цим стежити. Як результат, безкарність таких виробників і висока вартість імпортованих ліків роблять вигідною реалізацію фальсифікованої фармацевтичної продукції.

Україна здійснила певні кроки щодо посилення відповідальності за незаконний обіг фальсифікованих лікарських засобів та іншої медичної продукції, ратифікувавши Конвенцію Ради Європи від 28 жовтня 2011 року про підроблення медичної продукції та інші подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я (далі – Конвенція) [5]. В Україні Конвенція почала діяти з 1 січня 2016 року. Відповідно до цього міжнародно-правового документа, держава взяла на себе зобов'язання визнати злочинами умисне виготовлення, постачання або пропозиції стосовно постачання, у тому числі посередництва, торгівлі, у тому числі зберігання на складі, імпорту та експорту підробленої медичної продукції

**Полюк Ю.В., Федорова О.А.**

Узагальнення судово-медичного аналізу власних випадків з практики – суїцидів дітей та підлітків.....87

**Савчук Т.В., Лещенко І.В.**

Клинико-патоморфологический анализ случаев смерти детей с травмой в анамнезе.....90

**Федорова О.А.**

Диференційна діагностика станів механічної асфіксії та гострої серцевої недостатності за допомогою кристалографії.....96

**Федорова О.А.**

Роль фальсифікації обставин події пацієнтами, як причина порушення принципу об'єктивності судово-медичної експертизи.....102

**Федорова С.В., Федорова О.А.**

Зріст дитячої та підліткової злочинності, як проблемне питання кримінального права та судової медицини.....106

**Хміль І.Ю.**

Організація і проведення профілактичних і протиепідемічних заходів. Правовий порядок захисту населення від інфекційних хвороб.....110

**Холодова М.І.**

Диференційна діагностика сумнівних ознак асфіксії та інших ймовірних причин смерті.....113

**Чуприна О.В.**

Актуальні питання викладання судової медицини в системі підготовки працівників національної поліції.....117

**Якименко О.О.**

Проблемні питання теорії та практики кваліфікації та боротьби незаконним обігом фальсифікованих лікарських засобів.....119

**Александренко Олена Віталіївна**  
кандидат юридичних наук, доцент,  
науковий співробітник наукової  
лабораторії з проблем  
криміналістичного забезпечення та  
судової експертології ННІ № 2  
НАВС

### **ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПРАКТИКИ ПРИЗНАЧЕННЯ, ПРОВЕДЕННЯ ТА ОЦІНКИ РЕЗУЛЬТАТІВ СУДОВИХ ЕКСПЕРТИЗ ПРИ РОЗСЛІДУВАННІ СЕРІЙНИХ СЕКСУАЛЬНИХ ВБИВСТВ**

Проблема швидкого, повного та якісного розслідування серійних сексуальних (або сексуально-садистських) вбивств, незважаючи на свій доволі «поважний» вік, досі не може вважатися не лише не вирішеною, а хоча б достатньо дослідженою. Незважаючи на достатню кількість дисертацій, що стосуються розслідування серійних сексуальних вбивств, у т.ч. захищених останніми роками, слід визнати, що результати досліджень, незважаючи на наведене у авторефератах і дисертаціях, не вирішують вказаної проблеми. Зазначені у авторефератах дані опитувань, анкетувань, інтерв'ювань не торкаються найважливіших аспектів даної проблеми, за цими результатами не можна підготувати більш-менш корисні рекомендації для практиків. Окремі рекомендації, що стосуються цієї проблеми, при перевірці не витримують ніякої критики, оскільки написані зазвичай на основі існуючих літературних джерел, особами без відповідного чи взагалі без досвіду слідчої діяльності взагалі, а отже, й вміння здійснювати аналіз ходу, результатів і матеріалів розслідування. Немає рекомендацій – немає на чому вчитися слідчим і розшуковцям, звідси – повторення типових помилок, якими супроводжується кожне розслідування серійних сексуальних вбивств, тривале розслідування і тривала діяльність серійних вбивць зі значною кількістю жертв злочинів. В цілому, можна говорити про відсутність належного наукового і методичного забезпечення діяльності по розкриттю та розслідуванню серійних сексуальних вбивств.

Проте, оскільки тематика круглого столу стосується судово-медичної експертизи, зупинимося на існуючих проблемах її

біюро судово-медичних експертиз.

Збільшення кількості годин, необхідних для викладання судової медицини, можна досягти перерозподілом їх між судовою медициною та психіатрією. На кожну з цих дисциплін відводиться рівна кількість годин, але як покаже практика, частота призначення судово-слідчими органами судово-медичної експертизи, різноманітність та кількість запитань, що ставляться перед медичним експертом, є значно більшими, ніж при призначенні судово-психіатричної експертизи. Тому, цілком доцільним було б збільшення навчальних годин з судової медицини за рахунок зменшення кількості годин із судової психіатрії [3, с.60].

Крім того, практика інших вищих юридичних закладів показує, що підсумковий контроль з дисципліни «Судова медицина» необхідно проводити у формі екзамену.

#### **Список використаних джерел**

1. Волков В.Д. Медичне право – реальність сьогодення / В. Волков, Л. Дешко // Інформаційний правовий простір. – 2007. – № 18. – С. 45-48.
2. Волков В.Д. На захист медичного права / В. Волков, Л. Дешко // Юридичний Вісник України. – 2006. – № 8. – С. 8.
3. Зозуля В.М. Проблемні питання викладання судової медицини студентам-правознавцям / В. Зозуля // Буковинський медичний вісник. – 2013. - т. 17, № 3 (67), ч. 1. – С.59-61.

**Якименко Олена Олексіївна**  
здобувач ступеня вищої освіти  
бакалавра ВНЗ «Національна  
академія управління»

### **ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ КВАЛІФІКАЦІЇ ТА БОРОТЬБИ З НЕЗАКОННИМ ОБІГОМ ФАЛЬСИФІКОВАНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

Фальсифікація лікарських засобів є однією з найсерйозніших проблем охорони здоров'я людей як на національному, так і на міжнародному рівнях. Окрім прямої шкоди, яка завдається хворим у вигляді ризику для життя, здоров'я, недалого та неефективного лікування, такі засоби також спричиняють збитки прогресу, досягнутому у фармацевтичній галузі, загалом, ставлять під сумнів



людини, принципів діагностики захворювань і методів їх лікування, оскільки в такому випадку подальше викладання основних положень курсу судової медицини просто втрачає здоровий глузд [1, с.46].

Однак, на вивчення питань судової медицини у частині дисципліни «Судова медицина та психіатрія» для курсантів НАВС денної форми навчання відводиться всього 46 годин, з яких лекційних - 2, практичних та семінарських - 12, решта - самостійна робота, а підсумковим контролем є залік. Для студентів заочної форми навчання взагалі відводиться 6 годин практичних та семінарських занять та залік.

Не краще виглядає картина і в комерційних, і на юридичних факультетах інших ВНЗ - вивчення судової медицини зводиться, головним чином, до лекційного курсу з практичним заняттям у вигляді «походу» до моргу для ознайомлення з розтином трупа та відвідування відділу експертиз потерпілих, обвинувачених та інших осіб із метою отримання елементарних знань щодо експертизи живих осіб та встановлення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень [3, с.60].

Поява сучасних підручників для юристів із судової медицини значно полегшує викладання, але роз'яснення ряду питань, що виникають у ході самостійної роботи курсантів, можливе головним чином під час проведення аудиторних занять. З огляду на це, майбутнім правознавцям вкрай необхідні хоча б найпростіші знання з патоморфології, особливостей перебігу травм та гострої патології, які потрібно надавати використовуючи перш за все демонстраційний матеріал у вигляді схем, таблиць та слайдів. Тому, успішність викладання багато в чому залежить від наявності засобів технічного навчання, тобто фонду мультимедійних навчальних підручників та посібників, а значить і рівня наочності та якості сприйняття матеріалу.

Крім того, було б доцільним здійснення складання договорів про науково-практичне співробітництво між кафедрами, де викладається судова медицина, різних вищих юридичних навчальних закладів та бюро судово-медичних експертиз в організації та удосконаленні навчального процесу, спільній розробці та впровадженні заходів, які спрямовані на поліпшення рівня навчання курсантів. Не менш корисним було б і залучення до проведення практичних занять працівників обласних та міських

практики. Як слушно зазначає М.О. Подольний: «Експертиза – це не лише слідча дія, під час проведення якої можна отримати докази. Як свідчить практика, це й цілий ряд проблем, які, на жаль, залишаються не вирішеними. І перш за все, це проблеми, пов'язані з місцем експертизи у системі доказів по конкретним кримінальним справам. До теперішнього часу немає єдиного розуміння того, як ставитися до висновку експерта у тому випадку, якщо він не вписується у систему зібраних по справі доказів. Зрозуміло, що у кожному конкретному випадку розгляду кримінальної справи ця проблема вирішується. І можна говорити про практику такого вирішення проблеми, що склалася. Але наскільки ця практика обґрунтована? Дане питання поки що залишається відкритим» [1].

Предметом нашого розгляду будуть помилки, що допускаються при призначенні та проведенні експертиз при розслідуванні серійних сексуальних вбивств, шляхи їх усунення і попередження. За приклади взято відомі резонансні справи про серійні сексуальні вбивства різних років. Як свідчить практика, навіть при їх розслідуванні припускалися помилок. В обвинувальному висновку у кримінальній справі С. Головкина відзначалися упущення проведених експертних досліджень [2, с. 267].

При розслідуванні серії вбивств, пов'язаних із зґвалтуванням, як підозрюваний був затриманий А.Чікатіло. Судово-біологічними експертизами встановлено, що біологічні сліди злочинця належать до четвертої групи крові. Отримані від затриманого зразки крові належали до другої групи, на підставі чого було зроблено висновок про непричетність Чікатіло до серії злочинів. Проведена пізніше комісійна судово-біологічна експертиза встановила, що кров Чікатіло належала до другої групи, а його виділення (піт, слина, сперма) – до четвертої. Тим самим було встановлено факт належності Чікатіло до осіб з феноменом "парадоксального виділювання" [3, с. 129]. На думку фахівців, помилкові висновки експертів були отримані внаслідок труднощів із дослідженням біологічного матеріалу (сперма з місць вбивств), забрудненого бактеріями, біологічними об'єктами. Процес експертизи тривалий, трудомісткий, вимагає високої кваліфікації. Ретельно досліджувати сліди з контрольними зразками сперми слід було різними методами, що не було зроблено, і в цьому - головна причина передчасних висновків про групу крові [4, с.175].

Подібні помилки виникали при розслідуванні кримінальних

справ відносно серійних сексуальних вбивць С.Головкіна та В.Кулика. Експерти вказували IV групу, у Головкіна була III, у Кулика - II. Проте, слідчі вчасно усунули ці протиріччя шляхом призначення повторних експертиз [5]. Подібний факт мав місце в Алма-Аті в 1989г., коли у зв'язку з помилковими висновками експертів відносно виділень, вилучених з жертв насильства, шукали злочинця з четвертою групою крові. Повторна експертиза визначила групу сперми в усіх слідах як першу. Зібраними доказами вдалося викрити громадянина, який підозрювався раніше [6, с. 69-74].

Аналізуючи викладене, вважаємо, що експертні помилки не можна розглядати окремо від слідчих, оскільки вони часто пов'язані між собою. Не було б ніякої помилки відносно "непричетності" Чікатило до серії вбивств, не було б нових жертв, як і тривалої дискусії про "парадоксальне виділювання" (яка ще не закінчена), якби слідчий відібрав зразки крові, сперми та призначив додаткову експертизу. Проте, непрофесійними, особливо враховуючи резонансність і категорію кримінальної справи, слід визнати дії експерта-біолога, який обмежився негативним висновком. Хоча задовго до цього, у 1980 році Головне Бюро судмедекспертизи вже зустрілося з випадком розбіжності групи крові та сперми, а у журналі "Судебно-медична експертиза", № 4 за 1981р. було надруковано статтю "О некоторых особенностях экспертизы вещественных доказательств в связи с половыми преступлениями", в якій зазначалося, що цей висновок може виявитися передчасним [7, с. 106-107]. На сьогоднішній день найбільш точні результати дослідження об'єктів біологічного походження забезпечує молекулярно-генетичний ідентифікаційний аналіз, який проводиться у рамках генотипоскопічної експертизи [4, с. 177]. У зв'язку з вказаними потенційними можливостями даної експертизи, слід зазначити про наступне. "Деякі слідчі вважають за краще спочатку призначати серологічну експертизу, а залежно від її результатів вирішувати питання про необхідність дослідження ДНК. Ця позиція може бути виправдана в тих ситуаціях, коли біологічний матеріал на досліджуваних об'єктах є у достатній кількості й розслідування не обмежено у часі. При вилученні слідів біологічного походження і, що особливо важливо, у випадках, коли крові, поту, слини, сперми, інших речовин виявлена незначна кількість, ці об'єкти необхідно одразу направляти на

показателі перикардальної жидкості при смерті от различных причин//Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Санкт-Петербург 2009.

**Чуприна Олена Віталіївна**

кандидат медичних наук, доцент,  
професор кафедри криміналістики  
та судової медицини Національної  
академії внутрішніх справ

### **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВИКЛАДАННЯ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ В СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ ПРАЦІВНИКІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІЦІЇ**

Для розбудови демократичної держави важливе значення має фахова підготовка майбутніх спеціалістів у галузі правознавства та правоохоронної діяльності. Саме від тих фахових знань, які вони отримають у процесі навчання, залежить розвиток та вкорінення демократії в суспільстві.

Судова медицина, як галузь медичних знань, покликана надати дійову допомогу представникам правоохоронних органів у розкритті злочинів, вчинених проти честі та гідності особи. Тож цілком обґрунтовано, що всі співробітники поліції, які здійснюють досудове слідство, повинні мати базові знання із судової медицини.

Сьогодні викладання судової медицини на юридичних факультетах потребує методичного забезпечення, котре б відповідало новій педагогічній технології та надало б інтегративності навчальному процесу. Під час вивчення даної дисципліни слід приділяти увагу не лише різнобічності отриманих знань, а і їх глибині. Як свідчить експертна практика, у сфері правознавства доцільним є висвітлення хоча б основних розділів тих наук, які необхідні для проведення та оцінки результатів судово-медичних експертиз [2, с.8].

Згідно кримінально-процесуального кодексу співробітники поліції зобов'язані виїжджати на кожен випадок смерті, тому знання їх основних положень судової медицини мають бути достатньо ґрунтовними. Справжнє розуміння і освоєння цього предмета поліцейським із можливим використанням надалі отриманих знань просто неможливе без хоча б елементарних понять про будову та функції людського організму, основ патології

слизові оболонки ока, які, на перший погляд, є типовими для странгуляційної асфіксії; пошкоджень органів шії не виявлено. Насправді, це був приклад гострої скоротливої недостатності правих відділів серця з утворенням петехій в результаті застою крові в правому передсерді (рис.3). Під час розтину виявлено: міокард з великими рубцями (серце з ІМ, 700г, був стеноз правої вінцевої артерії на 90% по периферії рубця на задній стінці некроз міокарда).



Рис. 3. Крововиливи в слизові оболонки в випадку смерті від ІМ.

Отже, впровадження і застосування сучасних високоспецифічних методів дослідження дозволять мінімізувати відсоток експертних помилок. Детальний аналіз кожного випадку та критичний підхід до ситуації допоможуть судово-медичному експерту у вирішенні складних питань та матимуть позитивний вплив на хід розслідування злочинів.

#### Список використаних джерел

1. Маляренко В. Найпоширеніші помилки та порушення законів, які допускаються при провадженні дізнання і попереднього слідства / В. Маляренко// Право України. – 2001. – № 3. – С. 15–20.
2. Основные и дополнительные иммуногистохимические маркеры прижизненности странгуляционной механической асфиксии. Д.м.н. Д. В. Богомолов, д.м.н. В.А. Фетисов, к.м.н. О.П. Денисова, к.м.н., доц. Ю.В. Збруева, к.м.н. Г.Г. Семенов. 2018; (<https://doi.org/10.17116/sudmed201861211-13>)
3. Резник А.Г. Судебно-медицинская оценка патоморфологических изменений сердца и биохимических

генотипоскопічну експертизу, минаючи серологічне встановлення групової належності", як слушно зазначає І.М. Горбулинська [4, с. 180].

Окрім повноти проведення експертами досліджень і підготовки ними правильних, обґрунтованих висновків, важливу роль відіграє також робота слідчого з оцінки результатів експертиз. Правильно зазначається, що "...кожен висновок експерта по кожному з епізодів серії сексуальних вбивств необхідно ретельно вивчити. У актах судово-медичної експертизи, наприклад, слід звернути увагу на повноту проведення дослідження; відібрання проб крові для визначення її групової належності...Таке вивчення потрібне для співставлення та аналізу даних, наявних по усіх епізодах серії. Крім того, таке вивчення допомагає своєчасно виявити наявні "прогалини" в проведених експертизах за тим чи іншим епізодом і за необхідності оперативно призначити проведення додаткової або повторної експертизи" [8, с. 142]. Слід оцінювати висновок експерта з точки зору сучасного стану науки, для чого слідчий повинен мати уявлення стосовно новітніх розробок в галузі проведення судових експертиз, мати відомості про застосування цих методик на практиці.

Основними напрямками подолання експертних помилок є: створення системи підвищення професійного рівня експертів, узагальнення експертної практики за видами експертиз, теоретичне і практичне оволодіння сучасними знаннями, що є предметом кожної окремої галузі експертизи, контроль керівника експертної установи за висновками про неможливість вирішення питання по суті. Ретельна перевірка їх обґрунтованості сприятиме скороченню кількості таких висновків і тим самим зменшенню потенційних латентних помилок експерта, які можуть бути виявлені пізніше, при проведенні повторних експертиз [9, с. 12-13].

#### Список використаних джерел

1. Подольный Н.А. Отдельные проблемы оценки заключения эксперта // Эксперт-криминалист. 2006. № 1. С. 31-34.
2. Настольная книга следователя. Расследование преступлений против личности (убийства, торговля людьми): научно-методическое пособие / Под ред. канд. юрид. наук А. И. Дворкина, докт. юрид. наук, проф. А. Б. Соловьева. – М.: Издательство «Экзамен», 2007. – 589 с.

3. Усанов И. В. Проблемы раскрытия и расследования серийных убийств на сексуальной почве. – М.: Юрлитинформ, 2005. – 168 с.

4. Горбулинская И.Н. Использование специальных познаний в процессе расследования серийных убийств (первоначальный этап расследования): дис...канд. юрид. наук: 12.00.09. Барнаул, 2007. 252 с.

5. По итогам ряда повторных экспертиз по делу Чикатило: выступление начальника отдела биологических исследований ЭКЦ МВД Т. В. Стегнуовой на семинаре в Генеральной прокуратуре СССР в 1991 г.

6. Перепечина И. О. Возможности применения моноклональных антител для судебно-медицинских исследований крови: сб. науч. тр. / И. О. Перепечина. - М., 1990. – 254 с.

7. Кривич М., Ольгин О. Чикатило и его жертвы. – М., «Изограф», 1996. С. 106-107. - 160 с.

8. Тихонова Е. В. Расследование и предупреждение серийных сексуальных убийств: дис...канд. юрид. наук: 12.00.09 / Е. В. Тихонова. – Волгоград, 2002. – 225 с.

9. Абрамова В.М. Экспертні помилки: сутність, генезис, шляхи подолання : автореф. дис...канд. юрид. наук: 12.00.09. К., 2005. 18 с.

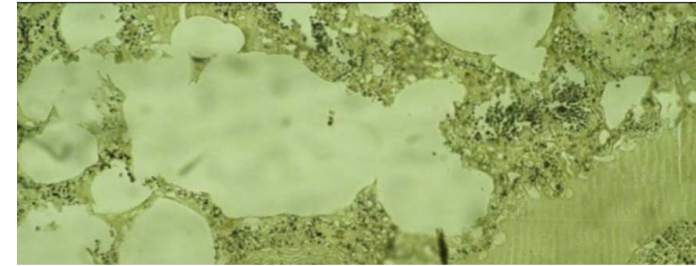
**Артеменко Олексій Іванович**  
асистент кафедри судової медицини  
та медичного права НМУ імені О.О.  
Богомольця

**Ющенко Вікторія Олександрівна**  
лікар загальної практики сімейної  
медицини Музичанська медична  
амбулаторія Київської області

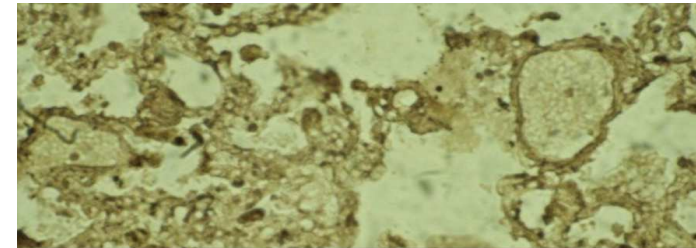
### **НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ ПРОВЕДЕННЯ ВАКЦИНАЦІЇ В УКРАЇНІ**

Якщо Ви зважуєте питання стосовно вакцинації вашого чада, якими вакцинами, в якій установі та чи взагалі варто це робити, або вирішили віддавати дитину до дитячого садочка чи школи, а керівництво вказаних закладів відмовляється приймати дитину, можливо, нижче викладена інформація буде корисною для Вас.

В Україні давно поширюються дискусії щодо того, робити щеплення чи ні. Одні переконують, що кращого захисту від



**Рис.1.** Незначна експресія маркера CD-117 в міжальвеолярних перегородках при смерті від гострої форми ІХС ( забарвлення по Шпільмайеру і толуїдиним синім)



**Рис.2.** Значна експресія маркера CD-117 в міжальвеолярних перегородках при смерті від МА( забарвлення по Шпільмайеру і толуїдиним синім)

2. У померлих від гострого ІМ, ділянки ішемії та релаксації міокарда є морфологічними передумовами виникненню фібриляції шлуночків кардіального генезу, що супроводжується набряком II ступеня лівого і I ступеня правого шлуночків серця. При гострому ІМ превалює глибокий розпад (коагуляційного міоцитолізу) міофібрил лівого шлуночка. Найбільш інформативним при біохімічному дослідженні є підвищення у перикардіальній рідині вмісту калію, кальцію, магнію, загального білка. У загиблих від МА маса серця, розміри і товщина стінки ЛШ були в межах норми, у ПШ водонасичення міокарда відповідало набряку I ступеня. Смерть від МА(П) настає від фібриляції шлуночків серця змішаного генезу, морфологічними передумовами якої є зони субсегментарних контрактур і релаксації міокарда. При МА відбувається зміна газового складу крові з падінням в ній концентрації кисню і накопиченням вуглекислоти, підвищенні концентрації калію, магнію, кальцію та зниженням вмісту натрію.

3. В результаті аналізу наведеного клінічного випадку, при огляді трупа були виявлені масивні крововиливи в шкіру обличчя і

обмежене застосування високочутливих методів дослідження призводить до формування хибних висновків і подальшого негативного впливу на хід розслідування злочинів.

З метою підвищення якості проведення судово-медичних експертиз та уникнення помилок у їх проведенні, згідно Закону України від 25 лютого 1994 року «Про судову експертизу», зокрема ст. 24, державні спеціалізовані установи, що виконують судові експертизи, мають право встановлювати міжнародні наукові зв'язки з установами судових експертиз, криміналістики тощо інших держав для обміну науковою інформацією і друкованими виданнями і тим самим покращувати рівень професійної підготовки до проведення експертиз, якщо в їх розпорядженні відсутні вітчизняні необхідні розробки.

Тому, ми вирішили провести диференційну діагностику механічної асфіксії (МА) з серцевою патологією на основі патоморфологічних та біохімічних показників і на прикладі сумнівної патоморфологічної картини зрозуміти необхідність застосування додаткових методик дослідження.

Ми вирішили дослідити публікації про наукові розробки з цієї тематики [2]; провести порівняння патоморфологічних змін серця у випадку смерті від механічної асфіксії (МА) та інфаркту міокарда (ІМ) [3]; проаналізувати суперечливий клінічний випадок з судово-медичної практики, що є потенціальним прикладом допущення експертної помилки та запропонувати можливі шляхи до вирішення проблеми.

Матеріалами слугували публікації з даних питань різних авторів. В роботі використовувались порівняльний та аналітичний методи.

В якості спеціальних лабораторних досліджень, частина авторів використовувала стандартні методики гістологічного і ПХ-досліджень з поліклональних антитіл до загального цитокератину, фібриногену, імуноглобуліну ламбда, фібронектину і CD-117.

За даними авторів, на відміну від гострих форм ішемічної хвороби серця (ІХС) у випадках МА(П), антиген CD-117 мав значну експресію в клітинах міжальвеолярних перетинок, доводячи диференційну роль маркера гострої альвеолярної гіпоксії (рис.1,2).

інфекцій, аніж вакцинація, нині не існує. Інші стверджують, що щеплення не захищають від хвороб, а лише завдають серйозного удару по імунітету дитини. В останні роки в Україні розгорнулася масова «антивакцинальна кампанія», прихильники якої виступають проти вакцинації.

Відповідно до закону та здорового глузду відповідальність за здоров'я дітей, перш за все несуть батьки, однак враховуючи правові аспекти вакцинації, відповідно до яких «закон» підтримає будь-який вибір та надає певні права і обов'язки необхідно бути готовим обґрунтувати власне рішення та сприйняти його наслідки.

На сьогоднішній день в Україні порушене питання про вакцинацію регламентується Законами України: «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про захист населення від інфекційних хвороб», а також «Основами законодавства України про охорону здоров'я» та окремими статтями «Цивільного кодексу України» [1-5].

Згідно з ст. 27 Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» [5], профілактичні щеплення від туберкульозу, поліомієліту, дифтерії, кашлюку, правця та кору в Україні — є обов'язковими. Також такий обов'язок громадян у сфері охорони здоров'я у передбачених законодавством випадках проходити профілактичні медичні огляди і робити щеплення встановлений і ст. 10 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» [3].

Згідно ст. 12 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» [4], під час епідемії інфекційної хвороби головні санітарні лікарі можуть вирішувати, чи варто людині робити профілактичне щеплення. При цьому ця сама законодавча норма передбачає право батьків дитини (віком до 15 років) відмовитися від проведення профілактичних щеплень — за умови, якщо лікар провів медичний огляд та об'єктивно проінформував їх про наслідки і можливі ускладнення такого рішення. Особи віком від 15 до 18 років можуть самі відмовитися від щеплення, але одночасно їхню рішення мають підтримати батьки/опікуни.

Якщо розглядати вакцинацію як один з видів медичних послуг, то необхідно право на цей вид послуги розглядати в контексті згоди на медичне втручання, відповідно до ст. 43 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» [3]. Тобто для застосування методів діагностики, профілактики та лікування необхідна поінформована

згода пацієнта.

Інше питання — щодо законності недопущення невакцинованих дітей до навчання. Відповідно до ст. 15 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» дітям, які не отримали профілактичних щеплень згідно з календарем щеплень, відвідування дитячих закладів не дозволяється [5].

У разі якщо профілактичні щеплення дітям проведено з порушенням установлених строків у зв'язку з медичними протипоказаннями, при благополучній епідемічній ситуації за рішенням консилиуму відповідних лікарів вони можуть бути прийняті до відповідного дитячого закладу та відвідувати його.

І хоча більшість батьків та правозахисників наполягають на незаконності недопущення дітей до навчання (мовляв, кожен повинен мати доступ до освіти, а школа позбавляє нас такої можливості), міжнародна конвенція (ст.12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права і ст.6, 24 Конвенції про права дитини) і Конституція України нагадують нам про право кожного — і дітей у тому числі — на життя та охорону здоров'я. Власне вказана правова норма не порушує «права на освіту» вона обмежує лише можливість відвідувати організовані дитячі колективи, залишаючи можливість на індивідуальне навчання.

Як би не ставились противники щеплення до позиції місцевої влади, життя та здоров'я людини стоїть у шкалі прав набагато вище за освіту (ст. 3. Конституції України «Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю») [1]. Звісно, батьки можуть відмовитися від щеплення, але в такому випадку як мінімум на час епідемії оформлюйте індивідуальне навчання. Адже права однієї особи закінчується там, де починаються права іншої.

При цьому не можна сказати, що прописаний у законі обов'язок робити вакцинацію та право відмови від щеплення не суперечать один одному. Адже неминучість щеплення, відповідно до закону, означає, що його у людини будуть вимагати, коли вона йде до навчального закладу або на певну роботу. Хоча водночас у законі прямо не прописано, що обов'язкове щеплення залежить від комунікації із зовнішнім світом. Такий висновок випливає з аналізу норми у сукупності з іншими положеннями про право на відмову від щеплень та заборону відвідувати навчальні заклади/підприємства невакцинованим. І в цьому полягає

здоров'я-Монографія. Львів: Астролябія, 2007. 224 с.

3. Сенюта І.Я., Терешко Х.Я. (ред.) Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення) Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції. Всеукраїнська громадська організація «Фундація медичного права та білетики України». Львів. 2008. 354 с.

**Холодова Маргарита Іванівна**  
студент НМУ імені О.О.  
Богомольця  
**Науковий керівник – асистент**  
**Федорова Олена Анатоліївна**  
кандидат медичних наук,  
кафедра судової медицини та  
медичного права НМУ імені О.О.  
Богомольця

### **ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА СУМНІВНИХ ОЗНАК АСФІКСІЙ ТА ІНШИХ ЙМОВІРНИХ ПРИЧИН СМЕРТІ**

Матеріали судової і слідчо-прокурорської практики [1] свідчать про допущення експертами помилок, що призводять до неправильних висновків і мають негативний вплив на хід розслідування злочинів. Основною серед них є проблема відсутності специфічних методів, що володіють достатньою чутливістю у встановленні причини смерті.

В практиці судово-медичних експертів зустрічаються випадки, коли при зовнішньому дослідженні трупа на тілі не убаачається тілесних ушкоджень (особливо це актуально тоді, коли людина помирає внаслідок механічної асфіксії через повішення під дією ваги власного тіла (МА(П)), а странгуляційна борозна утворилась м'якою і практично не візуалізується, а родичі померлого приховують обставини смерті з різних причин), а при внутрішньому дослідженні виникають ознаки, схожі на такі при інфаркті міокард (ІМ) тощо.

В таких складних випадках, в ході виконання експертизи необхідно проведення диференційної діагностики таких станів. Тому, в наш час проблема диференційної діагностики сумнівних випадків МА та ІМ у практиці експертиз є актуальною, адже

бактеріоносіїв, виробничого контролю, а також організація та проведення медичних оглядів і обстежень, профілактичних щеплень, передбачених санітарно-гігієнічними та санітарно-протиепідемічними правилами і нормами, у межах встановлених законом повноважень покладаються на органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, органи державної санітарно-епідеміологічної служби, заклади охорони здоров'я, підприємства, установи та організації незалежно від форм власності, а також на громадян.

Проведення профілактичних щеплень забезпечують центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування та органи державної санітарно-епідеміологічної служби. Профілактичні щеплення проти дифтерії, кашлюку, кору, поліомієліту, правця, туберкульозу є обов'язковими і включаються до календаря щеплень.

Працівники окремих професій, виробництв та організацій, діяльність яких може призвести до їх зараження та (або) поширення ними інфекційних хвороб, підлягають обов'язковим профілактичним щепленням також проти інших відповідних інфекційних хвороб. У разі відмови або ухиляння від обов'язкових профілактичних щеплень у порядку, встановленому законом, ці працівники відсторонюються від виконання зазначених видів робіт.

У разі загрози виникнення особливо небезпечної інфекційної хвороби або масового поширення небезпечної інфекційної хвороби на відповідних територіях та об'єктах можуть проводитися обов'язкові профілактичні щеплення проти цієї інфекційної хвороби за епідемічними показаннями

Організація і впровадження сучасних профілактичних і протиепідемічних заходів попередження розвитку, поширення інфекційних хвороб призведе до ліквідації найпоширеніших інфекційних хвороб та для забезпечення санітарного і епідемічного благополуччя держави.

#### **Список використаних джерел**

1. Стеценко С.Г., Стеценко В.Ю., Сенюта І.Я. Медичне право України: Підручник / За заг. ред. д.ю.н., проф. С.Г. Стеценка. К.: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. 507 с.
2. Сенюта І.Я. Медичне право: право людини на охорону

недосконалість законодавства. Відповідно, єдині санкції, які можуть бути застосовані проти громадян, які не зробили щеплення, це недопущення до садочка, школи, офісу.

Те саме стосується людей, яким не роблять щеплення за станом здоров'я. Проте незалежно від причин не проведення щеплення наслідок один – недопущення до дитячого колективу чи роботи.

Як би не ставились противники щеплення до позиції місцевої влади, життя та здоров'я людини стоїть у шкалі прав набагато вище за освіту.

Батькам дітей, які відмовилися від щеплень, але бажають продовжити навчання дитини, варто звернути увагу на спільний лист Міністерства освіти і науки України та Міністерства охорони здоров'я «Щодо вирішення окремих питань про зарахування до дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладів дітей, у яких відсутні обов'язкові профілактичні щеплення».

Зокрема, там йдеться про те, що питання стосовно відвідування навчального закладу вирішується індивідуально лікарсько-консультативною комісією (для зарахування до загальноосвітнього навчального закладу з залученням епідеміолога), яка проводиться в державних або комунальних лікарнях. Якщо ж спеціалісти дозволяють допуск дитини до школи чи садочка, керівник установи зобов'язаний її прийняти.

Проблема профілактичних щеплень та наслідків відмови від них повинна вирішуватися на рівні закону. Зокрема, удосконалення потребують положення статті 15 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» [4]. Як мінімум, замість категоричної заборони відвідувати нещепленим навчальний заклад передбачити альтернативу недопущення лише на період епідемії і водночас забезпечити належними умовами отримання освіти дистанційно.

Держава має розробити та закріпити єдину належну концепцію державної політики щодо забезпечення фундаментальних прав і свобод, у тому числі у сфері охорони здоров'я.

#### **Список використаних джерел**

1. Конституція України (Документ 254к/96-ВР, чинний, поточна редакція – Редакція від 21.02.2019, підстава - 2680-VIII);
2. Цивільний кодекс України (Документ 435-IV, чинний, поточна редакція – Редакція від 31.03.2019, підстава - 2694-VIII);



3. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (Документ 2801-ХІІ, чинний, поточна редакція — Редакція від 01.01.2019, підстава - 2427-VІІІ);

4. Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» (Документ 1645-ІІІ, чинний, поточна редакція — Редакція від 04.10.2018, підстава - 2530-VІІІ);

5. Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» (Документ 4004-ХІІ, чинний, поточна редакція — Редакція від 04.10.2018, підстава - 2530-VІІІ).

#### **Берзіна Анжела**

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

### **ДО ПИТАННЯ КРИМІНАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ У СФЕРІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

Конституція України встановлює, що кожна особа має право на охорону здоров'я (стаття 49). Для того аби забезпечити реалізацію цього права, у тому числі у сфері медичної та фармацевтичної діяльності, необхідно визначити чіткі стандарти захисту прав людини, які б базувались на положеннях нормативно-правових актів.

До таких нормативно-правових актів слід віднести Кримінальний кодекс України, положення якого встановлюють кримінальну відповідальність у сфері фармацевтичної діяльності.

Зважаючи на те, що випадки притягнення до кримінальної відповідальності у сфері фармацевтичної діяльності в судовій практиці зустрічаються не так часто, актуальним видається проведення системного аналізу положень Особливої частини КК України, які містять склади злочинів у сфері фармацевтичної діяльності.

Усі злочини в сфері фармацевтичної діяльності можна класифікувати залежно від родового об'єкту злочину. Послідовність такої класифікації визначається суспільною небезпечністю злочинів, передбачених розділами Особливої частини КК України. Умовно такі злочини можна поділити

пріоритетних напрямів діяльності органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування. Відносини у сфері захисту населення від інфекційних хвороб регулюються Основами законодавства України про охорону здоров'я, законами України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення", "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення", цим Законом, іншими нормативно-правовими актами.

Фінансування профілактичних і протиепідемічних заходів здійснюється за рахунок коштів Державного бюджету України та місцевих бюджетів, а у випадках, передбачених законом, - за рахунок коштів підприємств, установ і організацій незалежно від форм власності, а також коштів фізичних осіб.

Профілактичні щеплення проти інфекційних хвороб, включених до календаря щеплень, та профілактичні щеплення за епідемічними показаннями проводяться для громадян безоплатно за рахунок коштів місцевих бюджетів та інших джерел, не заборонених законодавством.

Основними принципами профілактики інфекційних хвороб є:

– визнання захисту населення від інфекційних хвороб одним із пріоритетних напрямів діяльності органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування;

– дотримання підприємствами, установами, організаціями незалежно від форм власності та громадянами санітарно-гігієнічних та санітарно-протиепідемічних правил і норм при здійсненні будь-яких видів діяльності;

– безоплатність надання медичної допомоги особам, хворим на інфекційні хвороби, у державних і комунальних закладах охорони здоров'я та в державних наукових установах;

– соціальний захист осіб, які хворіють на інфекційні хвороби чи є бактеріоносіями;

– державна підтримка відповідних наукових розробок і вітчизняних виробників медичних імунобіологічних препаратів, лікарських і дезінфекційних засобів та виробів медичного призначення, що застосовуються для профілактики, діагностики та лікування інфекційних хвороб

Організація та проведення профілактичних і протиепідемічних заходів, зокрема щодо санітарної охорони території України, обмежувальних заходів стосовно хворих на інфекційні хвороби та



2019. [Електронний ресурс]: режим доступу: [https://kyivoperativ.info/other/xronologiya-podij-ditlaxi-yaki-zdatni-naneditachi-vchinki/?fbclid=IwAR2vjdZOW9jx6c\\_i5y0ivDmM03t3cHoTBFN6NQenBJHojlahuD-8gjUL\\_Kc](https://kyivoperativ.info/other/xronologiya-podij-ditlaxi-yaki-zdatni-naneditachi-vchinki/?fbclid=IwAR2vjdZOW9jx6c_i5y0ivDmM03t3cHoTBFN6NQenBJHojlahuD-8gjUL_Kc)

6. [Електронний ресурс]: режим доступу: <https://fakty.ua/293788-vykladyvayut-video-drak-v-zakrytye-gruppy-psihiolog-rasskazala-v-chem-prichina-podrostkovej-agressii?fbclid=IwAR3A33MzdcuXJZtRN3jTdvHkKvz92yXS7pyEXkAjZLnhDCB73wVhUx3zqTQ>

**Хміль Ірина Юрївна**  
старший викладач кафедри судової  
медицини та медичного права  
НМУ імені О.О. Богомольця

#### **ОРГАНІЗАЦІЯ І ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ І ПРОТІЕПІДЕМІЧНИХ ЗАХОДІВ. ПРАВОВИЙ ПОРЯДОК ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ ВІД ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ**

Право кожного громадянина на охорону здоров'я та медичну допомогу встановлено статтею 46 Конституції України. Держава забезпечує попередження, лікування, локалізацію та ліквідацію масових інфекційних захворювань.

Необхідно зазначити, що інфекційні хвороби – це розлади здоров'я людей, які викликаються живими збудниками (вірусами, бактеріями, рикетсіями, найпростішими, грибками, гельмінтами, кліщами, іншими патогенними паразитами), продуктами їх життєдіяльності (токсинами), патогенними білками (пріонами), передаються від заражених осіб здоровим і схильні до масового поширення.

Законодавство про захист населення від інфекційних хвороб визначає правові, організаційні та фінансові засади діяльності органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій, спрямованої на запобігання виникненню і поширенню інфекційних хвороб людини, локалізацію та ліквідацію їх спалахів та епідемій, встановлює права, обов'язки та відповідальність юридичних і фізичних осіб у сфері захисту населення від інфекційних хвороб.

Захист населення від інфекційних хвороб визначається одним із

наступним чином:

1. Злочини проти життя та здоров'я особи: неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 131); неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (ст. 140); порушення прав пацієнта (ст. 141); незаконне розголошення лікарської таємниці (ст. 145);

2. Злочини проти виборчих, трудових та інших прав особистих прав і свобод людини і громадянина: порушення прав на винахід, корисну модель, промисловий зразок, топографію інтегральної мікросхеми, сорт рослин, раціоналізаторську пропозицію (ст. 177); порушення права на безоплатну медичну допомогу (ст. 184 КК України).

3. Злочини у сфері господарської діяльності: обман покупців та замовників (ст. 225 КК України); випуск або реалізація недоброякісної продукції (ст. 227 КК України); умисне введення в обіг на ринку України (випуск на ринок України) небезпечної продукції (ст. 227); незаконне використання знака для товарів і послуг, фірмового найменування, кваліфікованого зазначення походження товару (ст. 229); незаконне збирання з метою використання або використання відомостей, що становлять комерційну або банківську таємницю (ст. 231); розголошення комерційної або банківської таємниці (ст. 232);

4. Злочини у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів та інші злочини проти життя населення: контрабанда наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів чи прекурсорів або фальсифікованих лікарських засобів (ст. 305); використання коштів, здобутих від незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів, прекурсорів, отруйних чи сильнодіючих речовин або отруйних чи сильнодіючих лікарських засобів (ст. 306); незаконне виробництво виготовлення, придбання, перевезення, пересилання, зберігання з метою збуту або збут отруйних чи сильнодіючих речовин або отруйних чи сильнодіючих лікарських засобів (ст. 321); фальсифікація лікарських засобів або обіг фальсифікованих лікарських засобів (ст. 321-1); порушення встановленого порядку доклінічного вивчення, клінічних випробувань і державної реєстрації лікарських засобів (ст. 321-2).

Відповідно до Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо посилення відповідальності за фальсифікацію та обіг фальсифікованих лікарських засобів» [1], в Україні було посилено відповідальність за незаконну діяльність із фальсифікованими лікарськими засобами. Цей Закон був прийнятий у тому числі на розвиток положень Закону України «Про ратифікацію Конвенції Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я» від 07.06.2012 № 4908-VI [2].

Злочином вважається діяння, яке передбачає виготовлення, придбання, перевезення, пересилання, зберігання з метою збуту або збут завідомо фальсифікованих лікарських засобів. В той же час, відповідно до ч. 4 ст. 321-1 КК України, особа, яка добровільно здала фальсифіковані лікарські засоби та вказала джерело їх придбання або сприяла розкриттю злочинів, пов'язаних з їх обігом, звільняється від кримінальної відповідальності за придбання, перевезення, пересилання чи зберігання з метою збуту, збут завідомо фальсифікованих лікарських засобів, їх ввезення на територію України, вивезення з території України, транзит через її територію (якщо такі дії не створили загрози для життя чи здоров'я людей).

Суб'єктом даного злочину відповідно до ст. 11 Конвенції Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я, відповідальність за злочини, вчинені із фальсифікованими лікарськими засобами, може бути і юридична особа.

Кримінальна відповідальність юридичних осіб є новелою вітчизняного кримінального законодавства та встановлюється на підставі Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо виконання Плану дій щодо лібералізації Європейським Союзом візового режиму для України стосовно відповідальності юридичних осіб» від 23.05.2013 № 314-VII [3] та Закону України «Про забезпечення прав і свобод громадян та правовий режим на тимчасово окупованій території України» від 15.04.2014 № 1207-VII [4]. Санкцією за виготовлення, придбання, перевезення, пересилання, зберігання з метою збуту або збут завідомо фальсифікованих лікарських засобів може бути позбавлення волі на строк від трьох років до довічного позбавлення волі, в залежності від тяжкості наслідків.

не повинна нести відповідальність, інші – висловились за кримінальну відповідальність та зниження віку кримінальної відповідальності, але застосовувати її індивідуально до тяжкості скоєного злочину та збільшити участь психологічної допомоги. З огляду на звіт за 2018 р. про те, що 10 дітей вчинили вбивства, а 44 дитини завдали умисні тілесні ушкодження, від яких померли 9 людей, такі міркування є цілком слушними.

Висновки проведеного власного професійного анкетування:

1. Молодь та особи середнього віку майже всі обізнані про дитячу агресію, але менше – про злочинність.

2. Більшість респондентів вважають тактику психологів вирішувати проблему дитячої злочинності лише закликами до жертви нападів про примирення з агресором - хибними.

3. Переважна більшість респондентів вважає, що за тяжкі злочини, скоєні малолітніми та неповнолітніми особами, винуватці повинні нести кримінальну відповідальність.

4. Переважна більшість опитаних вважають за необхідне знижувати вік настання кримінальної відповідальності та інші фахові міри, які сприятимуть виправленню підлітків.

З даного дослідження випливає основний підсумок – для стримування подальшого росту дитячої та підліткової злочинності необхідно приймати термінові комплексні реформувальні дії з боку держави!

#### Список використаних джерел

1. [Електронний ресурс]: режим доступу <https://www.pravda.ru/accidents/1072730-maloletki/>
2. А. Артюх. Детская преступность – приговор обществу. 2013. [Електронний ресурс]: режим доступу [http://ruskline.ru/news\\_rl/2013/03/02/detskaya\\_prestupnost\\_prigovor\\_obwestvu/](http://ruskline.ru/news_rl/2013/03/02/detskaya_prestupnost_prigovor_obwestvu/)
3. Л. Волинець. В Україні зростає дитяча злочинність [Електронний ресурс]: режим доступу: <http://www.osvita.org.ua/news/60831.html>
4. [Електронний ресурс]: режим доступу: [https://humanrights.org.ua/material/levova\\_chastka\\_zlochiv\\_jiaki\\_2018\\_roku\\_vchinili\\_diti\\_porushennija\\_proti\\_prava\\_vlasnosti\\_genprokuratura](https://humanrights.org.ua/material/levova_chastka_zlochiv_jiaki_2018_roku_vchinili_diti_porushennija_proti_prava_vlasnosti_genprokuratura)
5. Хронологія подій: дітлахи, які здатні на недитячі вчинки.

– на особливість дитячої злочинності впливає фактор копіювання таких зразків з РФ (нажаль, ми так багато років знаходились під впливом РФ, що він відчувається й досі у багатьох сферах нашого суспільного життя та, навіть, у злочинності).

Однак, навіть, дехто з педагогів виявляє певну необізнаність з цього питання. З метою власного дослідження, ми вирішили провести професійне опитування юристів, медиків, педагогів та соціальних працівників про їх обізнаність з цієї проблеми. Нами було створено анкету на тему: «Що ми знаємо про дитячу злочинність?».

Анкетування проводилось, як в інтернет-ресурах, зокрема в Фейсбукі, так і безпосередньо серед фахівців, зокрема викладачів та студентів.

Безпосередньо в анкетуванні прийняло участь 93 людини з них:

- дівчат, віком 18-25 – 59,
- жінок, віком 25-44 – 4,
- чоловіків, віком 18-25 – 24,
- чоловіків, віком 25-44 – 3,
- чоловіків, віком 60-70 – 3.

За результатами проведеного опитування, були отримані такі відповіді: на запитання «чи були Ви або ваші знайомі втягненні у суперечки з дітьми, які ведуть себе агресивно? Якщо – так, то опишіть суть суперечки»: «Агресивна поведінка відносно однолітків», «Дитя 7 років хотіло витягти телефон», «Діти кидалися на дорослих», «В ТЦ пили спиртне, вели себе дико діти віком 10-14 років», «Діти б'ють батьків», «Дитячий булінг, агресивна поведінка до старших осіб», «Безпричинна агресія 2-х дітей на вулиці», «Дитина погрожує батькам».

На запитання: «Як Ви вважаєте, що потрібно робити з такими підлітками, віком 14-18 р. (що вчиняють побиття інших, залякування і т.ч.)», 4 респонденти відповіли: пробачити, 42 – не пробачити, 39 – запропонували свій варіант («Створити програму по вихованню таких дітей», «Повинна нести адміністративну чи кримінальну відповідальність», «Зустріч з психологом + легке покарання», «Дитяча колонія», «Виправні роботи, бесіди», «Психологічна допомога, альтернативу куди дівати агресію + кримінальна відповідальність»), 8 – утримались.

На запитання, чи повинна нести відповідальність дитина, 10-14 р., яка скоїла злочин, 1 – утримався від відповіді, 32 – відповіли, що

Таким чином, питання кримінальної відповідальності фармацевтичних працівників хоч і отримали номінально своє правове регулювання, однак потребують посиленої уваги законодавця в контексті захисту життя і здоров'я кожного пацієнта.

#### **Список використаних джерел**

1. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо посилення відповідальності за фальсифікацію та обіг фальсифікованих лікарських засобів: Закон України №5065 – VI від 05 липня 2012 року // Голос України. – 2012. – №139 від 01.08.2012

2. Про ратифікацію Конвенції Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я: Закон України від 07.06.2012 № 4908-VI // Відомості Верховної Ради (ВВР), 2013, № 17, ст.160

3. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо виконання Плану дій щодо лібералізації Європейським Союзом візового режиму для України стосовно відповідальності юридичних осіб: Закон України від 23.05.2013 № 314-VII // Відомості Верховної Ради. - 2014. - № 12. - Ст. 183

4. Про забезпечення прав і свобод громадян та правовий режим на тимчасово окупованій території України: Закон України від 15.04.2014 № 1207-VII // [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1207-18/paran188>

**Біляков Андрій Миколайович**  
доктор медичних наук, доцент,  
професор кафедри судової  
медицини та медичного права  
НМУ імені О.О. Богомольця

#### **ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ НАСТАННЯ СМЕРТІ ЩОДО ЗАПРОПОНОВАНОЇ МОЗ НАСТАНОВИ: НЕДОЛІКИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ**

Реформування медичної галузі в Україні, відповідно до Наказу №1422 від 29.12.2016 року, передбачало затвердження клінічних протоколів, які пройшли адаптацію в формі клінічних настанов. Не зважаючи на специфіку судово-медичної галузі медицини, вона не стала виключенням для медичного реформування. Було затверджено Настанову 00900 «Визначення часу смерті, створену

DUODECIM Medical Publications, Ltd. Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland Автор: Antti Sajantila, дата останнього оновлення 2017-09-11», яка була адаптована для України групою експертів МОЗ України. Натомість в Україні визначання давності настання смерті проводилось згідно правил проведення судово-медичної експертизи (досліджень) трупів у бюро судово-медичної експертизи, згідно Наказу МОЗ №6 від 17.01.95.

Відповідно до нової настанови, визначення давності настання смерті передбачає перелік дій, який включає: роздягання померлого, фіксація часу початку та закінчення огляду, дослідження трупних плям, дослідження трупного залякання, вимірювання температури тіла, виявлення процесів розкладання.

Якщо, в цілому, перелік маніпуляцій з Настанови співпадає з об'ємом дій експерта, який було затверджено Правилами експертизи трупів, то в деталях є суттєві відмінності, зокрема:

– *повне зняття одягу*. Визначення давності настання смерті є більш точним під час огляду місця події, аніж при експертизі в бюро, тому що при збільшенні даного терміну суттєво зростає похибка дослідження. Однак, в Україні повне роздягання тіла неможливе під час огляду трупа на місці події;

– *вимірювання ректальної температури*. Згідно настанови вимірювання проводять протягом 10 хв, а у випадках вбивства - кілька вимірювань з 30-хвилинним інтервалом. Межі похибки складають  $\pm 2$  години протягом перших 10 годин після смерті, та  $\pm 3-4$  години в подальшому. Згідно правил експерт вимірює не лише базову температуру, а й динаміку охолодження протягом години з двома 30 хв. інтервалами. Тобто правила передбачають двократне визначення в усіх випадках;

– *трупне залякання*. Згідно настанови трупне залякання повністю розвивається через 6–8 годин. Зникає воно в зворотньому порядку, тоді, коли починаються процеси розкладання - приблизно через 2 дні за кімнатної температури. Однак, згідно наявних літературних даних, даний час може бути від 3-7 годин за даними Мінівичі М. до 24 годин за даними Авдеева М.І. [1];

– *трупні плями*. Згідно настанови трупні плями стають видимими на бокових поверхнях грудної клітки через 15-20 хв., стають видимими на шиї та вухах через 20-40 хв., зливаються через 2–3 години, максимально виражені через 10-12 годин після смерті. Трупні плями зникають під тиском, або при зміні положення тіла,

частіше зустрічаються як з жертвами (дорослого та дитячого віку), так і самими малолітніми злочинцями в рамках кримінального провадження. Основну небезпеку дитячих злочинів складають спричинення не легких, а ушкоджень середнього ступеню тяжкості, тяжких тілесних ушкоджень, та тяжких, які потягнули за собою спричинення смерті, а також випадки вбивств.

Офіційна статистика свідчить, що за 11 місяців 2012 року, кожен 15-й злочин в Україні був вчинений дитиною. Взагалі, за 11 місяців 2012 року діти вчинили понад 14 тисяч злочинів. Згідно зі статистичним звітом Генеральної прокуратури України, за 2018 р. [4], відбулось 3980 правопорушень, скоєних неповнолітніми. 23 неповнолітніх вчинили навмисні вбивства. Двоє громадян вчинили злочини з особливою жорстокістю, шестеро – з корисливих мотивів, а п'ятеро – з хуліганських. Десять дітей вчинили вбивства за попередньою змовою з групою осіб. 44 дитини завдали умисні тілесні ушкодження, від яких померли 9 людей. Чотирьох дітей правоохоронці звинуватили у незаконному позбавленні волі або викраденні людини (ст. 146 Кримінального кодексу України). 11 неповнолітніх вчинили сексуальні злочини (ст. 152 та 153 КК), а трьох звинуватили у розбещенні неповнолітніх.

Численні ЗМІ, в т.ч. «Київ оперативний» неодноразово писали про прояви немотивованої підліткової агресії в останні пару років [5]. Газета «ФАКТИ» розповідала про те, що в райцентрі Шпола Черкаської області у підлітків з'явилась нова жорстока «забава» — без будь-якого приводу нападати на осіб похилого віку. В містечку Глеваха під Києвом банда малоліток ледь не забила до смерті студента столичного вишу. А в Білій Церкві правоохоронці знешкодили банду малолітніх убивць [6]. Однак, не про всі злочини, скоєні «малолітками» стає відомим громадськості, лише про ті, які набули резонансу та розголосу.

Отже, підсумовуючи вивчення структури дитячої та підліткової злочинності, стають очевидними деякі її особливості, які спостерігаються протягом останніх років:

- збільшується немотивована агресивність та жорстокість скоєння злочинів;
- злочинність стрімко молодшає;

(Якщо раніше на кримінал наважувались 16-літні, то тепер все частіше ловлять навіть 11-річних)

**Федорова Сніжана Василівна**  
студент юридичного факультету  
ПВНЗ «Фінансово-правовий  
коледж»

**Науковий керівник** – викладач,  
кандидат медичних наук

**Федорова Олена Анатоліївна,**  
кафедра правознавства ПВНЗ  
«Фінансово-правовий коледж»

### **ЗРІСТ ДИТЯЧОЇ ТА ПІДЛІТКОВОЇ ЗЛОЧИННОСТІ, ЯК ПРОБЛЕМНЕ ПИТАННЯ КРИМІНАЛЬНОГО ПРАВА ТА СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ**

Останніми роками, в більшості країн світу спостерігається сплеск дитячої та підліткової злочинності. За даними ФБР, у США темпи росту дитячої та підліткової злочинності складають 8-8,5% в рік. Підлітками, які не досягли 18-річного віку вчиняється понад 20% пограбувань та 15% зґвалтувань. В Японії, в 2002 році зріст числа неповнолітніх злочинців в порівнянні з 1999 р. – склав 142,3%. Питома вага малолітніх правопорушників, які вчинили злочин у віці до 13 років, складає 15,4% від загального числа всіх неповнолітніх злочинців. В Росії спостерігається така ж основна тенденція [1, 2]. Особливо це спостерігається в структурі злочинів проти життя та здоров'я особи. Десятирічні хлопчики та дівчатка вбивають, гвалтують та грабують. Отже, занепокоєння ростом дитячої злочинності існує у всьому світі.

Нажаль, наша країна також не відстає в цьому. Дитяча й підліткова злочинність в Україні еволюціонує в найгірший бік. З 2009-2010 року еволюція злочинності, скоєної дітьми, поступово зростає: спочатку - це просто крадіжки та дрібні правопорушення. Однак, з 2010 р., й по сьогоднішній стрімкий зріст приносить не тільки великі показники, а й більшу жорстокість, яку чинять діти. Саме так - діти, бо вік неповнолітніх, що скоюють злочини з кожним роком ще менший [3].

Проблема в тому, що більшість з них згідно із законодавством ще не є суб'єктами кримінальної відповідальності. А батьки таких дітей лише сплачують штрафи і діти починають знову створювати кримінальні або адміністративні правопорушення. Тому, й судово-медичні експерти, й працівники правоохоронних органів все

якщо з моменту настання смерті минуло не більше 4–6 годин, а стадія стазу триває до 20 годин. Це відповідає даним В.І. Кононенко, який визначив, що стадія гіпостазу триває до 6 годин, а стадія стазу до 18 [2]. Однак, на практиці закріпилися дані Туровця М.П., згідно яких стадія гіпостазу триває до 16 годин при асфіксії та до 12 години при агональній смерті, а стадія стазу до 48 годин [3];

– *розкладання*. Згідно настанови першою ознакою розкладання є поява зеленуватого кольору шкіри в ділянці шлунку, в той час як згідно даних, які ми використовуємо в експертній практиці, перше позеленіння внаслідок накопичення продуктів гниття в товстому кишківнику з'являється в правій здухвинній ділянці.

Таким чином, затвердження настанов щодо визначення давності настання смерті потребує перегляду традиційно широко вживаних в Україні значень, що суттєво впливає на результати і спотворює для слідства об'єктивну картину обставин смерті.

#### **Список використаних джерел**

1. Авдеев М.И. Курс судебной медицины. М. Госюриздат. 1959. 711 с.
2. Ольховський В.О., Голубович Л.Л., Хижняк В.В. та ін. Визначення тривалості посмертного періоду в судово-медичній експертній практиці: сучасний стан і перспективи. Теоретична і експериментальна медицина 2016. №4 (73). с. 27-33
3. Михайличенко Б.В., Шевчук В.А., Бондар С.С. та ін. Судова медицина. Медичне законодавство. Медицина. 2011. С. 50-64

**Бойко Мілена Василівна**  
лікар-інтерн кафедри судової  
медицини НМАПО імені П. Л. Шупика  
**Науковий керівник** – асистент,  
кандидат медичних наук  
**Плетенецька Аліна Олександрівна,**  
кафедра судової медицини  
НМАПО імені П.Л. Шупика

### **СУДОВО-МЕДИЧНА ОЦІНКА ОТРУСННЯ БУТАНОМ: ВИПАДОК З ПРАКТИКИ**

Наркоманія і токсикоманія - загальносвітова проблема яка охоплює переважно працездатне населення у віці 20-40 років, молодь, підлітків і навіть

дітей. Однак, в молодіжному і підлітковому середовищі (особливо в нашій країні), в зв'язку з обмеженими матеріальними можливостями, росте інтерес до вживання різних легко доступних і дешевих токсичних речовин. Діти і підлітки вдихають пари бензину, газу, різних видів клею, фарб, емалей, для виведення плям очищувачів, миючих рідин. Активні інгредієнти включають ацетон, толуол, бензол, ксилоли, кетони, етиловий і метиловий ефіри, ізопропіловий спирт, ароматичні і аліфатичні вуглеводні, галогеновані (Трихлоретилен) і фторовані (діфторметан і трифторметан) вуглеводні.

Значного поширення в останні роки набула підліткова токсикоманія компонентами побутового зрідженого газу, в тому числі і з смертельним результатом. Використовуються газові балончики для заправки запальничок, які містять в своєму складі бутан, балончики для портативних газових плиток, які містять в різних поєднаннях і співвідношеннях пропан, бутан, ізобутан.

В інтернет-ресурсах з посиланням на зарубіжні джерела можна зустріти згадки про так званий «сніффінге» «Sudden sniffing death» / «раптова смерть нюхачів» - синдром, вперше описаний Bass (1970), у підлітків в Європі і США - вдиханні газу з балончиків з метою отримання легкого наркотичного ефекту [1, 2]. На жаль, подібні випадки - не рідкість і на території України. У зарубіжній літературі і на численних зарубіжних сайтах, присвячених наркотикам і боротьби з ними, вказується, що не можна лякати «нюхачів» або хвилювати їх, так як в цей момент спостерігали їх

об'єктивності та повноти. Але, для цього в нього мають бути матеріали реального обстеження даного пацієнта.

Основний принцип кримінального права, при відкритті конкретного кримінального провадження, має на увазі факт довіри до потенційного потерпілого. Однак, в ст. 55 КПК України наголошено про те, що з моменту подання заяви про вчинення щодо неї кримінального правопорушення, в особи виникають не тільки права, а й обов'язки потерпілого [1]. В п.5 цієї статті сказано про те, що «За наявності очевидних та достатніх підстав вважати, що заява, повідомлення про кримінальне правопорушення або заява про залучення до провадження як потерпілого подана особою, якій не завдано шкоди, ..., слідчий або прокурор виносить вмотивовану постанову про відмову у визнанні потерпілим».

Однак, в ст. 57 КПК України, в п.2. сказано лише про те, що «потерпілий зобов'язаний не перешкоджати встановленню обставин вчинення кримінального правопорушення» та потерпілого не попереджають про відповідальність за надання неправдивих відомостей, як, наприклад, під час судового розгляду. І хоча в ст. 384 КПК України передбачено кримінальне покарання за завідомо неправдиве показання потерпілого, яке полягає у виправних роботах на строк до двох років або арештом на строк до шести місяців, або обмеженням волі на строк до двох років, а якщо потерпілий здійснював ті самі дії, поєднані з обвинуваченням у тяжкому чи особливо тяжкому злочині, або зі штучним створенням доказів обвинувачення чи захисту, - караються виправними роботами на строк до двох років або обмеженням волі на строк до п'яти років, або позбавленням волі на строк від двох до п'яти років - такі випадки практично не зустрічались в нашій практиці.

Однак зрозуміло, що, якщо фальсифіканти керується власною метою (неприятними стосунками, отриманням неправомірної вигоди тощо), то він, навіть, у заяві при зверненні до правоохоронних органів вже повідомляє неправдиву інформацію. Тому, вважаю, що необхідно більш ефективно стимулювати потенційного потерпілого до дачі правдивих показів.

#### **Список використаних джерел**

1. Кримінальний процесуальний кодекс України [Електронний ресурс]/ Відомості Верховної Ради України (ВВР). Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua>

безтурботно відповіла, що викинула їх у річку. Нашому здивуванню не було меж. Взагалі поведінка мами справляла враження, що вона не сповна розуму. Але ми припускали, що така поведінка могла виникнути внаслідок емоційного шоку через таку подію.

Річка була невеличка - метра 1,5 завширшки, однак з дуже стрімкою течією. Приблизно в 1 км вниз за течією річка робила коліно, де теоретично речовий доказ могло прибитися до берега. Не дивлячись на моє попередження про недоречність такого пошуку, міліціанти до настання темряви шукали їх, однак, так і не знайшли. Надвечір ми дістались місцевого фельдшерсько-акушерського пункту, де разом з фельдшером оглянули дівчинку. Виявилось, що ніяких ушкоджень у неї не було. Однак, ми взяли біооб'єкти на всі необхідні дослідження. Підозрюваного сусіда затримали і відвезли до відділку міліції, Наступного дня я проводила його обстеження, також під час якого було проведено необхідний забір мазків, змивів та відбитків.

Чоловік, всупереч всі існуючим нормам, сидів в слідчому ізоляторі, і витримував психологічний тиск, доки я не отримала результати досліджень, в яких клітин піхвового епітелію дитини не було виявлено. Тому чоловіка було відпущено за браком доказів. Однак, по селі вже розповсюдились погані чутки про нього, тому і загальне ставлення до нього змінилось на гірше.

А приблизно через рік я випадково на вулиці зустрілась з батьком потерпілої дитини. І від нього, я з великим здивуванням дізналась, що виявляється, мати оговорила сусіда, бо знаходилась з ним в неприязних стосунках. А дитину підговорила казати неправду, і любляча донька давала покази так, як її навчила мати.

З наведених клінічних випадків (і їх насправді є чимало) стає вочевидь, що й пацієнти можуть іноді надавати нам неправдиву інформацію. Якщо, в такому разі ставитись легковажно й не перевіряти всю об'єктивну симптоматику, то це може серйозно вплинути на результати судово-медичної експертизи й викривити сам хід кримінального провадження, внаслідок чого можуть постраждати невинні особи. Тому питання про можливу фальсифікацію справжніх обставин справи потерпілими постають в судово-медичній експертизі досить гостро.

Тому, при виконанні експертизи, лікар повинен суворо дотримуватись основного принципу судово-медичної експертизи –

летальний результат.

На сьогоднішній день, єдиної загально прийнятої теорії наркозу не існує, однак найбільш доказовою і загально прийнятою є «мембранна» теорія наркозу, згідно з якою молекули анестетика впливають на мембрани клітин, змінюючи потенціал дії, що найменше виражені в тканинах центральної нервової системи і кардіоміоцитах, що володіють функцією провідності. В результаті відбувається сенсibiliзація міокарда до аритмогенних ефектів катехоламінів (адреналіна), яка пов'язана з порушенням обміну кальцію.

Вуглеводні викликають найсильніший наркотичний ефект, що підсилюється в міру збільшення числа атомів вуглецю в молекулі газу, причому нормальні алкани діють сильніше відповідних ізомерних з'єднань. Гази швидко абсорбуються через слизові оболонки дихальних шляхів, минаючи печінку, вони надходять безпосередньо в мозок.

Випадки отруєння бутаном в промисловості досить рідкісні, але «побутових» отруєнь (з суїцидальною метою, з метою наркотичного сп'яніння) зустрічається велика кількість, що відзначається в останні роки в судово-медичній практиці [3]. Для судово-медичної експертизи визначення безпосередньої токсичної дії на центральну нервову систему внаслідок насичення тканин і крові бутаном є складним завданням.

Концентрація  $12 \text{ мг/м}^3$  не впливає на частоту дихання і не викликає подразнення верхніх дихальних шляхів. Поріг відчуття запаху бутану –  $309\text{-}328 \text{ мг/м}^3$ . Гранично допустима концентрація (ГДК) пропану і бутану в повітрі робочої зони виробничих приміщень -  $300 \text{ мг / м}^3$ , ГДК максимально разова в атмосферному повітрі -  $200 \text{ мг / м}^3$ .

Прикладом може служити випадок з експертної практики. Труп громадянки С., 24 років, виявлено чоловіком і донькою у кімнаті своєї квартири в положенні лежачи на спині. Огляд місця події слідчим і судово-медичним експертом виявив 2 балончика для заправки запальничок. Труп направили в морг.

В ході зовнішнього обстеження виявили розлиті інтенсивні трупні плями синюшно-фіолетового кольору, розташовані на задній поверхні шиї, тулуба, синюшність і одутлість обличчя, темно-червоні дрібнокрапкові крововиливи під оболонки очей; жінка пониженого вгодовування.

При внутрішньому обстеженні встановили виражене венозне повнокров'я внутрішніх органів і циркуляторні порушення в органах і тканинах. Спостерігалися також виражені дрібнокрапкові субплевральні і субепікардіальні крововиливи, в тому числі в слизову оболонку мисок нирок; набряк і осередковану емфізему легенів, набряк головного мозку, строми міокарда, печінки, підшлункової залози. Виявлені морфологічні ознаки підтверджені результатами судово-гістологічного дослідження.

При судово-біохімічному дослідженні виявили гіперглікемію і збільшений вміст креатиніну в крові. Судово-хімічне дослідження крові і внутрішніх органів (печінка, нирки, легені, головний мозок) від трупа методом газової хроматографії показало, що у всіх об'єктах є суміш летких речовин, за своїми параметрами збігається з компонентами газу для заправки запальничок. Основним компонентом, що входять до складу газу для заправки запальничок, є бутан. В результаті проведеного судово-медичного дослідження трупа і розгорнутого судово-хімічного дослідження внутрішніх органів експертом був зроблений висновок, що смерть громадянки С. настала в результаті асфіксії внаслідок нестачі кисню у вдихуваному повітрі. З огляду на природу виявлених в організмі С. хімічних речовин – бутану, можна вважати, що вони потрапили в організм інгаляційним шляхом.

Слід зауважити, що при гострих отруєннях бутаном немає специфічних ознак, що дозволяють висловитися про причину смерті за результатами макро- і мікроскопічного дослідження трупа. Виявлені патоморфологічні зміни характерні для швидконаставшої смерті, що може мати місце при важких інтоксикаціях різного генезу або при асфіксії. Тільки ретельне дослідження трупа і результати судово-хімічного дослідження дозволять диференціювати смерть від гострої інтоксикації. Вирішальне значення для конкретизації токсичної речовини має огляд місця події, бесіди з рідними і свідками. Так як бутан сам по собі є інертним газом, що не вступає в будь-які біохімічні реакції з органами і тканинами людини, а дія його на організм людини обумовлена розвитком гострої гіпоксичної гіпоксії внаслідок зниження концентрації кисню у вдихуваному повітрі. За результатами судово-хімічного дослідження в подібних випадках експертом-хіміком може бути дано заключення тільки про наявність у біоматеріалу речовин, маючих схожість з алканами

показуючи прямо від дверей величезний синець на животі. Після такої швидкої демонстрації ушкодження, вона похапцем почала натягувати кофту. Однак, коли я її зупинила і підійшла ближче, то побачила, що синець намальований синькою та притрушений тальком. На зауваження стосовно її симуляції ушкодження, бабуся агресивно відповіла, що їй же треба посадити чоловіка, а хіба це можна зробити по маленьких синцях?

Набагато гірше відбувається положення справ стосовно статевих злочинів. Гадаю, ні для кого не є секретом, що окрім справжніх, нажаль, зґвалтувань, існують і їх симуляції. Часто-густо хлопець та дівчина або група хлопців з однією чи кількома дівчатами домовляються про інтимні стосунки або послуги. А вранці, на превеликі здивування та жаль, хлопці дізнаються, що на них написано заяву до прокуратури про зґвалтування. За допомогою таких фальсифікацій деякі цинічно-прагматичні жінки добувають собі великі матеріальні відшкодування. Правоохоронними органами зазвичай практикуються три варіанти виходу з такої ситуації. Перший – надання справі законного ходу і притягнення винуватців до кримінальної відповідальності. Другий – одруження винуватця на потерпілій. І третій шлях – виплата потерпілій матеріальної компенсації.

Ясна річ, що зазвичай, одружуватись ніхто не збирається. Надавати справі законного ходу таким жінкам також було не вигідно, тому вони вимагали значного відшкодування. Я особисто кілька разів протягом 16 років освідувала таку «потерпілу». За цей час вона «заробила» 3 однокімнатні квартири.

Особисто небезпечний сектор в даному питанні займають розпусні дії стосовно дітей. Здавалося б, наскільки цинічним мають бути фальсифікації стосовно власних дітей? Однак, і досі деякі несвідомі мами вважають за можливе здійснювати такі симуляції.

Якось мене разом із співробітниками РОВД викликали на місце події до одного села. Приїхавши до передостанньої хати, ми зустрілись з багатодітною вагітною мамою та гарною 7-річною дівчинкою, яку нібито намагався розбещувати чи зґвалтувати дорослий сусід. Дитина була розумна не по роках і докладно розказувала, як сусідський дядько спускав з неї трусики, ліз «переднім місцем» до її статевих органів, що їй було боляче, і в неї була кров. Мама показала, що на трусиках дитини була кров. Коли дільничний запропонував надати нам цей речовий доказ, вона



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

### **РОЛЬ ФАЛЬСИФІКАЦІЇ ОБСТАВИН ПОДІЇ ПАЦІЄНТАМИ, ЯК ПРИЧИНА ПОРУШЕННЯ ПРИНЦИПУ ОБ'ЄКТИВНОСТІ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ**

Судово-медичні експерти в Україні та й в багатьох інших країнах працюють за таким основним принципом, як об'єктивність. Що ж мається на увазі під цим принципом? Кожен з експертів має відноситись неупереджено до пацієнта та повноцінно й повно проводити експертизу. Однак, для цього, в його розпорядження повинні бути надані об'єктивні медичні записи про пацієнта.

Раніше, фахівцями було багато сказано про те, що лікарі-травматологи, невропатологи, хірурги та гінекологи можуть іноді подавати неточну або неправдиву інформацію в картах стаціонарних чи поліклінічних хворих. Однак, наразі хотілося б наголосити на іншій проблемі, яка зустрічається в практиці судово-медичних експертів. Неправдива інформація, а разом з цим – викривлення об'єктивного розгляду обставин справи та подальше проведення експертизи, може потрапити до судово-медичного експерта за вини самого пацієнта.

Ми довіряємо своїм пацієнтам, однак практика судово-медичних експертів свідчить про те, що інколи не тільки обвинувачені, а й потерпілі дають нам неправдиві дані, намагаючись добитись справедливості від правоохоронних органів нечесним шляхом. Тому, й судово-медичним експертам, й працівникам правоохоронних органів слід пам'ятати, що не кожен пацієнт може бути, справді, потерпілим.

Інколи такі фальсифікації та симуляції доходять до смішного. Для наочності наведу кілька прикладів з власної експертної практики.

Одна бабуся кілька разів зверталась до мене за фаховою допомогою. Річ була в тім, що на старості років її чоловік почав наносити їй тілесні ушкодження. І кожного разу я ретельно описувала її синці. Але чергового разу вона мене просто вразила,

(пропаном, бутаном, ізобутаном). За даних умов аналізу неможливо провести роздільне виявлення пропану, бутану і ізобутану, оскільки на хроматограмах вони не розділяються і виписуються як один пік, саме тому важливим є опис місця події, ретельний збір інформації про обставини справи, а також вилучення речових доказів на місці події. В таких випадках значно підвищує якість судово-медичної експертизи та розкриття справи тісна співпраця судово-медичного експерта та представників слідчих органів, особливо на етапі збирання доказів у процесі досудового слідства.

### **Список використаних джерел**

1. Киричєк А.В., Рассинская Л.А., Широкова Л.В., Симонов Е.А. Случай интоксикации бутаном, приведший к летальному исходу // Судебно-медицинская экспертиза. – М., 2009. - № 3. – С. 21-23.
2. Механизм наступления смерти при ингаляции бутана/ Клевно В.А. Тархнишвили Г.С. // Судебная медицина. – 2018 – №4. – С. 27-29.
3. Лазарев Н.В., Левина Э.Н. Вредные вещества в промышленности. Л: Химпром 1976; 9-12, 14-15.

**Бугайова Наталія Михайлівна**  
кандидат психологічних наук,  
медичний  
психолог, провідний науковий  
співробітник,  
старший науковий співробітник  
Інституту психології імені  
Г.С. Костюка  
НАПН України

### **ВПЛИВ СУЧАСНИХ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА КРИМІНАЛІЗАЦІЮ НОВИХ ВИДІВ ЗЛОЧИННОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

Розвиток сучасних цифрових технологій і підключення все більшого числа систем і пристроїв до бездротових інтерфейсів доступу створюють умови для виникнення кіберзлочинів нового типу.

Основні види кіберзлочинів включають: несанкціонований

доступ до інформації, що зберігається в електронних інформаційно-комунікаційних пристроях (кібершпигунство, злом систем та крадіжка інформації), розробку і поширення комп'ютерних вірусів, підробку комп'ютерної інформації, порушення авторського права, фінансово-орієнтовані кіберзлочини (фішинг, кібервимагання), кіберзлочини, пов'язані зі вторгненням в особисте життя (крадіжка персональних даних та кібершантаж), кіберпереслідування і кіберцькування та ін.

Наявність бездротових інтерфейсів доступу через інтернет може представляти загрозу звичайним інформаційно-комунікаційним пристроям, але й системам управління транспортом, військовим системам (наприклад, дронам), та медичним приладам: інсуліновим помпам, кардіомоніторам, електронним стимуляторам серця) з комп'ютерним управлінням і робить можливим їх використання злочинцями для вчинення кібервбивств в дистанційному режимі. Це дало нам розуміння необхідності введення поняття кібервбивства. Кібервбивство – умисне заподіяння смерті іншій людині за допомогою використання бездротового доступу до інтерфейсу і втручання в роботу значущих систем і пристроїв, що знаходяться під дистанційним комп'ютерним управлінням.

За допомогою дистанційного підключення до програми управління автоматичної інсулінової помпи можна вбити людину, якщо втрутитися в роботу подачі і дозування інсуліну.

На конференції фахівців з комп'ютерної безпеки у Мельбурні був продемонстрований програмний злом неімплантованого кардіостимулятора. Знаючи його серійний номер можна дистанційно оновити прошивку і отримати повний контроль над медичним пристроєм. Хакеру вдалося не тільки вимкнути кардіостимулятор, але і викликати смертельний для людини розряд у 850 вольт.

Хакеру із США Крісу Робертсу, вдалося зламати систему управління літаком, підключивши ноутбук до розважального центру, в результаті чого він отримав контроль над керуючою системою літака. Затриманий ФБР хакер розповів, що з 2011 року він 20 разів зламував комп'ютерні системи авіалайнерів і йому навіть вдавалося контролювати роботу двигунів літака під час польоту. За допомогою написаної ним команди йому вдалося перевести в режим підйому один з двигунів, із-за чого літак летів боком.

екстрактах крові, головного мозку та селезінки при смерті осіб внаслідок МА(П) та ГІХС, що не дає змоги використовувати їх в якості специфічних маркерів для дифдіагностики;

- різниця в морфотипах кристалізації тканинних екстрактів інших внутрішніх органів може бути використана для додаткової дифдіагностики смерті від МА(П) та ГІХС (табл.1).


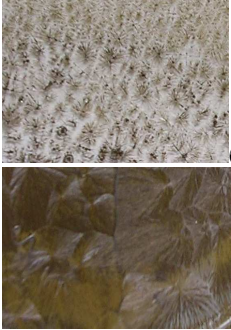




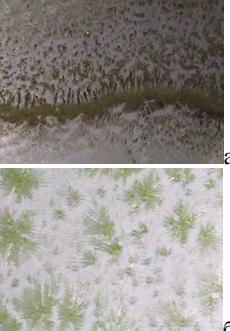

Висновок. Морфотипи кристалізації в тканинних екстрактах серця, легень, печінки (у осіб молодого віку) та нирок, можуть використовуватись в якості додаткових скрінг-маркерів для дифдіагностики смерті від механічної асфіксії (в випадках підвищення) та гострої ішемічної хвороби серця.

#### Список використаних джерел

1. Кандауров Р.В., Солохин А.А., Гайворонская В.И. Кристаллизация спинно-мозговой жидкости в случаях смерти от ишемической болезни сердца и отравления этиловым спиртом . *Судебно-медицинская экспертиза*. 2002. Т. 1. С. 3–4, 9.
2. Федорова О.А. Кристаллографічна характеристика екстрактів трупної крові у перші три доби після настання смерті. *Зб. наук. праць НМАПО імені П.Л.Шутика*. Вип.19. Кн.3. Київ, 2010.С.926-930
3. Федорова О.А. Кристаллографічна характеристика екстрактів з внутрішніх органів у трупів впродовж першої доби після настання смерті. *Зб. наук. праць НМАПО імені П.Л. Шутика*. Вип. 19.Кн 2. Київ, 2010. С.400-404.
4. Федорова О.А. Вплив різних видів ненасильницької смерті на кристалограми тканинних екстрактів внутрішніх органів трупів». *Судово-медична експертиза*. №1. Київ, 2013. С.29-31.

Таблиця 1

**Порівняльна таблиця кристалограм, отриманих від тканинних екстрактів внутрішніх органів осіб, померлих внаслідок МА(П) і ГІХС**

Кристалограми об'єктів	Морфотипи кристалізації в випадках	
	смерті від МА(П)	смерті від ГІХС
1. Серця		
2. Легень		
3. Печінки		
4. Нирок		

Результати. Таким чином, з отриманих кристалограм вочевидь убачається - схожість морфотипів кристалізації в тканинних

У квітні 2016 року з'явилася інформація про те, що на атомній електростанції, що знаходиться в 120 км від Мюнхена, в системі блоку Б, що відповідає за контроль обладнання по переміщенню ядерних паливних стрижнів, було виявлено шкідливе ПО. На щастя, система не була підключена до інтернету. Але у випадку підключення зловмисники отримали б можливість контролю і керування АЕС. Наприклад, у Дубаї електропоїзда метрополітену не мають водіїв і управляються дистанційно за допомогою комп'ютерів. Якщо зловмисник підключиться до цієї системи через бездротовий інтерфейс, це може спричинити за собою фатальні наслідки.

Американське оборонне агентство перспективних розробок DARPA почала виробництво мікроелектронних імплантатів, які здатні взаємодіяти з нервовою системою щоб контролювати і регулювати певні захворювання і хронічні стани, наприклад хворобу Крона і депресію. Програма «Електрикс» планує у майбутньому замінити ряд ліків нейронними імплантатами.

Ми бачимо, що удосконалення та стрімкий розвиток сучасних цифрових технологій дозволяє злочинцям використовувати системи і прилади з комп'ютерним управлінням для вчинення кібервбивств за допомогою експлоїтів в дистанційному режимі, що робить кібервбивства реальністю.

Кіберзлочинці не можуть адекватно оцінювати шкоду, заподіяну ними жертві через кіберпростір, оскільки психологічно сприймають взаємодію з жертвою як з цифровим об'єктом, а не з реальною людиною. Безкарність і легкість вчинення кібервбивств створює умови для поширення даних злочинів в сучасному суспільстві.

**Веселовська Наталія Олександрівна**  
старший викладач кафедри  
кримінального права, кримінології,  
цивільного та господарського права  
Національної академії управління

## **СУДОВО-ПСИХОЛОГІЧНА ТА СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ЕКСПЕРТИЗИ ПРИ РОЗСЛІДУВАННІ ВТЯГНЕННЯ НЕПОВНОЛІТНІХ У ЗЛОЧИННУ ДІЯЛЬНІСТЬ**

“Вищою істинністю володіє  
те, що є причиною наслідків,  
в свою чергу, справжніх”  
(Аристотель) [1, с. 137]

Україна інтегрується в європейські стандарти в сфері прав людини, що передбачає вдосконалення всіх сфер законодавства, зокрема кримінально-процесуального та законодавства про судово-експертну діяльність.

Розслідування втягнення неповнолітніх у злочинну діяльність передбачає прийняття всіх необхідних заходів з охорони прав і законних інтересів як самих неповнолітніх, так і інтересів інших осіб, причетних до справи, їхньої власності, громадського порядку та безпеки, забезпечення миру та попередження злочинності.

Надзвичайно велику роль грають судово-психологічна та судово-психіатрична експертизи, які допомагають при розслідуванні і розгляді кримінальних справ у суді, адже діяльність експертів допомагає роботі судово-слідчих органів та сприяє ефективній боротьбі зі втягненням неповнолітніх у злочинну діяльність.

Як слушно зазначає Арсентьева С., кожен слідчий в своїй діяльності звертається до різних видів експертиз: якщо раніше експертні процедури здійснював слідчий, то в даний час експертизи розвинулись настільки, що кожен професіонал може займатися своєю безпосередньою справою: слідчий розслідує, а експерт досліджує. Саме експертам доступний голос «німих свідків» - відбитків, підробок, обманів тощо, який передається від експертів іншим фахівцям зрозумілою мовою висновків [2].

Подільший розвиток та використання допомоги судово-психологічної та судово-психіатричної експертиз допоможе не лише нашій державі розвиватися як правовій державі, багато уваги

кристали вверх та горизонтально.

В кристалограмах тканинних екстрактів *селезінки* – в випадку смерті молодих осіб утворилась неоднорідна зональна кристалографічна картина, з дублікатом кристалоутворення зі смуги видовженого до 2-х см дендритно-секторального багатокутникового росту, який далі без чітких меж трансформувался у дрібний прозорий куцтво-секторальний «рифлений» рисунок. В інших осіб утворився неоднорідний зональний ріст: в 1/3 – дрібних полігональних прозорих «рифлених» багатокутників; в середній третині – рослиноподібний ріст; в 3-й зоні - дрібні прозорі «сніжинки» та «зірочки».

В випадках смерті від ГІХС (таб. 1): кристалограми екстрактів *крові, головного мозку та селезінки* мали схожий вигляд з кристалограмами при смерті від МА(П) [4].

В кристалограмах тканинних екстрактів *серця* сформувалось 2 морфотипи кристалізації. В випадку смерті молодих осіб, утворились багаточисленні зірчасті центри кристалізації, що росли в одній площині росту, локально – з невеликим простором між ними.

В випадку смерті немолодих осіб виник дифузний багатокутниковий або дендритний високий ріст вузьких стовпчиків з центрів та хвилястих деформацій в гострих кінцях кристалів.

В кристалограмах екстрактів *легень* утворився однорідний ріст пухнастих дрібних «сніжинок», в 1/4 випадків - повторна сноподібна кристалізація.

В кристалограмах тканинних екстрактів *печінки* – однорідний дифузний ріст багатокутникових «сніжинок» або «зірочок», формування дендритів 2 і 3 порядків в горизонтальній площині, ріст повторної кристалізації протягом дендритів у вертикальній, вільний простір між центрами займав 0,1-0,2 см.

В кристалограмах тканинних екстрактів *нирок* – сформувалась однорідний ріст середньої кількості «сніжинок» вже з повторною кристалізацією, з помірним вільним простором.

В кристалограмах тканинних екстрактів *серця*, утворилось 2 схожих морфотипи кристалізації, основним з яких була однорідна дифузна кристалографічна картина з багато численних (близько 200) дрібних (до 0,3 см в діаметрі) «зірочкових» або «сніжинкових» центрів кристалізації, з значним вільним простором між ними в горизонтальній площині; або проспективний зональний ріст вогнищ дендритно-кущового росту. В центрах - ріст коротких кристалів угору у вигляді «ялинкових верхівок».

В кристалограмах тканинних екстрактів *легень* спостерігалось різноманітне утворення кристалографічного рисунку, він міг набувати зональності, але подібним елементом їх усіх стало утворення багаточисленних дрібних або середніх центрів кристалізації з утворенням ефекту «рифленості», формування дендритів 2-го і 3-го порядків, з ростом кристалів в обох площинах росту, і численних вогнищ повторної кристалізації здебільше у вигляді сферолітного росту.

В кристалограмах тканинних екстрактів *печінки* – у молодих осіб в 1 добу спостерігався дифузний «сніжинковий» ріст дрібних кристалів з дендритами 2-го і 3-го порядків. З центрів є значний ріст «ялинкових верхівок» догори. В кристалограмах померлих немолодих осіб, за виключенням розмірів центрів кристалізації, загальна кристаломорфологічна картина була схожою з такою, в випадках смерті осіб від ГІХС, тому не може бути використана в якості маркера для дифдіагностики.

В кристалограмах тканинних екстрактів *нирок*, спостерігалось формування 2-х морфотипів кристалізації в залежності від віку померлих: в випадках смерті від підвищення молодих осіб спостерігалась проспективна зональна картина з: 1 зони дрібного дендритно-секторального росту з «рифленим» рисунком, 2-ої зони у вигляді тонкого паску кущового обрідненого росту угору вузьких неправильно-лінійних коралоподібних колоній коротких кристалів, 3-ої зони – більших вдвічі, ніж в 1 зоні, полігональних пухнастих «сніжинок» «рифленого» виду.

У випадках смерті немолодих осіб спостерігались деякі відмінності. Так, у кристалограмах виникла картина однорідного дифузного росту великих пухнастих «зірочок» на фоні чітко окреслених широких кристалів. Вільна відстань дорівнювала ширині самих центрів. При мікроскопії в кожному з центрів убачалось формування хрестоподібних фігур, з яких росли

приділяти профілактиці правопорушень неповнолітніх, зменшити випадки втягнення дітей у злочинну діяльність. Адже показники злочинності неповнолітніх відбивають певною мірою ситуацію в суспільстві загалом [3, с. 54].

Підлітки ще не мають свого власного досвіду, вони копіюють поведінку дорослих, хочуть заробити гроші на красиве життя, яке вони бачать в мережі Інтернет. А великі «легкі» гроші підліток заробити може, на жаль, лише незаконним шляхом. Необхідне цілеспрямоване правове виховання неповнолітніх. Проте є випадки, коли для розуміння причин та мотивів злочинної поведінки неповнолітніх або при справах у втягненні їх до протиправної поведінки, необхідно з'ясувати доречність призначення судово-психологічної та судово-психіатричної експертизи.

Злочинність неповнолітніх – явище, небезпечне для суспільства, адже вона сприяє поширенню кримінальної субкультури серед молодого покоління, формуванню злочинних навичок та романтизації кримінального способу життя як сьогодні, так і в майбутньому. Важливо побороти підліткову злочинність, тому що вона є гарантом розвитку її майбутньому. Дуже малий відсоток неповнолітніх вчиняє злочин з легковажності, несвідомо або через випадковий збіг обставин. Ще менша частина — завдяки тому, що має розумові відхилення. Проте злочинність неповнолітніх є частиною всієї злочинності в країні, причому такі особи важко піддаються перевихованню.

Нажаль, на сьогодні неповнолітні – одна з найбільш кримінально уражених верств населення. Вони важко переносять такі явища, як політична або економічна криза, безробіття, нерозуміння їх духовного світу. Дуже важливо хто зверне увагу на їх проблеми та переживання. Якщо це буде людина, налаштована асоціально, або якщо спілкування приведе до утворення групи, нової компанії (особливо секретної, закритої для інших), то підліток легко піддасться впливу, стане сміливим у вчинках і рішеннях, а «за компанію» злочин вчиняється набагато легше.

Дуже важливим є інститут сім'ї. Саме в родині дитина відчуває, що вона потрібна, що її сприймають, поважають, підтримують і люблять. Такий підліток не потребує підтримки чужої людини, тому що і члени його родини, і сам він – самодостатні особистості. Якщо ж на неповнолітнього справляється явно негативний вплив або його ігнорують як особистість, психологічні риси його як особи

набирають антисоціальної спрямованості [4, с. 36]

Неповнолітніми скоюється все більше жорстоких злочинів: навмисних вбивств, тяжких тілесних ушкоджень, розбійних нападів. За статистичними даними, кожен одинадцятий неповнолітній скоює злочинні дії у нетверезому стані. Переважна більшість тяжких злочинів проти особи — навмисних вбивств, тяжких тілесних ушкоджень — вчинено підлітками під впливом алкоголю чи наркотичних речовин, однак службами у справах неповнолітніх якщо і проводяться профілактичні заходи, то вони є нудними для підлітків, вони не переймаються проблемою і не намагаються з нею боротися.

Нами було проведено опитування серед 200 неповнолітніх, 10 юристів та 30 педагогів і соціальних працівників. Важливою причиною скоєння злочинів неповнолітніми названа невирішена проблеми організації дитячого дозвілля, довіра батьків непрофесіоналам, а також те, що батьки не знають з ким дружить їхня дитина, де вона проводить свій вільний час, батьки не мають номерів телефонів друзів, а також надмірний контроль з боку батьків та жорстоке покарання за проступки [5]. Проте не завжди неповнолітній може усвідомлювати те, що його втягують в злочинну діяльність. Саме для цього існують експертизи.

Проведення судово-психологічної експертизи неповнолітніх має суттєві особливості. Так, С. Шипшин запропонував розглядати психологічні експертні дослідження неповнолітніх як окрему групу досліджень. Саме він виокремив наступні види судових психологічних експертиз:

- неповнолітнього правопорушника;
- неповнолітнього, права якого були порушені або можуть бути порушені;
- неповнолітнього свідка.

Також кожен з вид С. Шипшин поділив на підгрупи, які залежать від віку дитини та виду судочинства [6, с. 443].

Призначення судово-психологічної експертизи є необхідним для роз'яснення виникаючих при розгляді справи судом питань і потребує застосування спеціальних психологічних знань експерта.

Потреба у спеціальних знаннях визначається судом, проте критерії необхідності проведення експертизи часто є суб'єктивними. Необхідно з'ясувати, чи існують реальні спеціальні підстави для призначення психологічної експертизи.

деякі внутрішні ознаки, виявлені під час внутрішнього дослідження, схожі як на загальноасфіктичні, так й на ознаки смерті, що швидко настала. І тоді перед експертом постає складне питання диференційної діагностики, наприклад, механічної асфіксії та гострої серцевої недостатності.

При проведенні традиційних додаткових лабораторних досліджень втрачається багато часу – щонайменше, вісім діб, а реальний термін при сучасному навантаженні гістологів – до місяця. І в таких сумнівних випадках, працівники правоохоронних органів не можуть вчасно зорієнтуватись стосовно категорії смерті даної особи. Тому, такий великий термін виконання експертизи або експертного дослідження, спонукає науковців до пошуку нових критеріїв швидкої диференційної діагностики.

Подібне питання підіймалось в роботі російського судового медика Кандаурова Р.В. Він вивчав перспективи кристалографічного (тезиграфічного) дослідження ліквору для діагностики серцево-судинної смерті та отруєння етиловим спиртом [1]. В кристалограмах ліквору осіб, померлих від серцево-судинної недостатності, на тлі багаточисленного зірчастого або метеликоподібного росту у горизонтальній площині, утворився високий (1 см і вище) ріст кущеподібних кристалів, що дає змогу використовувати кристалограми ліквору при смерті від ІХС для дифдіагностики від інших патологічних процесів.

Тому, на нашу думку, кристаломорфологічне дослідження екстрактів з тканин внутрішніх органів може бути перспективним для дифдіагностики МА(П) та ГІХС.

У власному дослідженні, в кристалограмах тканинних екстрактів, отриманих в випадках смерті від МА(П) утворились наступні морфотипи кристалізації:

В препаратах *крові*, було характерним утворення здебільш неоднорідного росту 50-60 середньо-дрібних центрів кристалізації у вигляді «сніжинок» або «кущів». При мікроскопії спостерігався поодинокий ріст догори, формування вигнутих «віялець» в кінцях кристалів [2].

В кристалограмах тканинних екстрактів *головного мозку*, утворився загальний вигляд «морозного розтріскування», з формуванням тонких «уламків битого скла», по одному полюсу препарату утворився тоненький пасок деформованих кристалів у вигляді «снопів» та – секторів [3].

удлинення строка виконання експертизи или даже необхідности послідующей ексгумации тела.

Поэтому, с нашей точки зрения, необходимо продумать комплексный алгоритм действий врачей на всех этапах оказания помощи в медучреждении, исключающий возможность подобного искажения информации, необходимой для проведения профильного исследования тела.

### **Список использованной литературы**

1. Про затвердження Порядку взаємодії між органами та підрозділами Національної поліції, закладами охорони здоров'я та органами прокуратури України при встановленні факту смерті людини: Наказ Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства охорони здоров'я України, Генеральної прокуратури України №807/1193/279 від 29.09.2017 р.

2. Закон України: Основи законодавства України про охорону здоров'я. №2801-ХІІ від 19.11.1992 р.

3. Агаджанян В.В., Устьянцева И.М., Пронских А.А., Новокшенов А.В.,

4. Агаларян А.Х. Политравма. Септические осложнения. Новосибирск: Наука, 2005. 391 с.

#### **Федорова Олена Анатоліївна**

асистент кафедри судової медицини  
та медичного права

Національного медичного  
університету імені О.О. Богомольця,  
кандидат медичних наук

### **ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА СТАНІВ МЕХАНІЧНОЇ АСФІКСІЇ ТА ГОСТРОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ЗА ДОПОМОГОЮ КРИСТАЛОГРАФІЇ**

Судово-медична експертиза і досі потребує нових маркерів, які б дозволяли ефективніше та швидше встановлювати причину смерті в складних експертних випадках. Річ в тому, що в практиці судово-медичних експертів існують випадки складної діагностики, коли при зовнішньому дослідженні трупа яких-небудь тілесних ушкоджень не виявлено (в т.ч. й странгуляційних борозен на шії або утворилась м'яка борозна, яка скидається на складки шії), а

При цьому суд перевіряє чи будуть юридично значущими обставини, виявити які необхідно експерту. В разі, якщо висновок експерта отримати необхідно, - суд виносить ухвалу про призначення експертизи.

Об'єктом судово-психологічної експертизи є індивід як носій психічного, що знаходиться в певному статусі, згідно судового процесу, - позивач, відповідач, свідок, потерпілий, обвинувачений. Таким чином, будь-які прояви психічної активності, діяльності, чи особистісні особливості можуть виступати предметом судово-психологічної експертизи.

В межах даної експертизи встановлюються: психічний стан і індивідуально-психологічні особливості дитини, рівень її психічного розвитку, ставлення дитини до кожного з батьків, індивідуально-психологічні особливості батьків, їх психічний стан (ймовірний психічний розлад), особливості батьківського ставлення, батьківська позиція, стиль виховання (виявлення патологізуючого стилю виховання). Крім того, встановлюється здатність неповнолітнього приймати самостійне рішення., а також досліджується конфліктна ситуація, надається прогноз відносно особливостей поведінки дитини в різноманітних ситуаціях.

Спеціальна підстава призначення судово-психологічної експертизи - це наявність у суду обґрунтованого сумніву в здатності конкретного учасника процесу адекватно відобразити зовнішню і внутрішню сторони подій чи обставин, що мають значення в ситуації, яку досліджує суд.

Адекватне відображення містить логічний зміст, здатність сприймати важливі для справи обставини, запам'ятовувати і відтворювати відомості про них, здатність усвідомлювати фактичний зміст своїх дій та управляти ними.

Наявність відомостей про вік, низький рівень психічного розвитку (низький рівень інтелекту), які не пов'язані з патологією психіки, можуть служити приводом до призначення психологічної експертизи неповнолітнього. Це допоможе визначити його здатність сприймати важливі для справи обставини, запам'ятовувати їх і відтворювати в мовній формі інформацію про них в суді. Важливим є отримання даних про характерологічні особливості дитини, схильність до фантазування, відомості про незвичайний емоційний стан в нестандартній ситуації тощо.

Приводом до проведення психологічної експертизи є



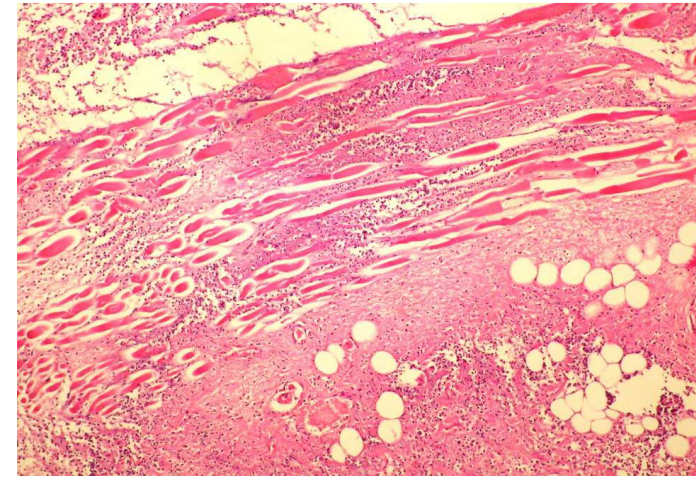
інформація про вік суб'єкта (для неповнолітніх), адже неповнолітні особи, в силу психологічних причин, часто мають специфічні зміни в перебігу пізнавальних та емоційно-вольових процесах.

Підлітковий вік — один з найбільш складних і відповідальних, охоплює дітей до 17 років. У цьому віці відбуваються різкі, але якісні зміни, що зачіпають всі сторони життя і розвитку, відповідно, цей віковий період вважається кризовим. З психологічної точки зору цей вік характеризується відсутністю гармонії, але одночасно і період становлення цінностей.

Ефективність судово-психологічної та судово-психіатричної експертиз та їхнє доказове значення при розслідуванні втягнення неповнолітніх у злочинну діяльність, залежить від методів, які застосовує експерт, а також від правильної організаційної, тактичної й методичної діяльності з призначення, проведення, оцінки й використання висновку експерта як доказу.

#### Список використаних джерел

1. Великие мысли великих людей. Антология афоризма: В 3 т. Т. 1. Древний мир / Сост. А.П. Кондрашов. – М.: Рипол Классик, 2001. С. 137.
2. Арсентьева С. Голос и подпись подделать невозможно. Республика Татарстан: общественно-политическая газета // № 246 от 08.12.2001 [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://rt-online.ru/newspaper-edition/ed-46082/>
3. Раецька Л. Проблеми боротьби зі злочинністю молоді та неповнолітніх. - Журнал «Юстиніан» К., 2012, № 12. С. 54
4. Бугера О. І. Детермінанти злочинності неповнолітніх. К., 2009р. С. 36.
5. Результати анкетування 240 респондентів, проведене автором у 2014 році.
6. Шипшин С.С. Судебно-психологическая экспертиза в ювенальной юстиции / С. С. Шипшин // Теория и практика судебной экспертизы в современных условиях : материалы междунар. науч.-практ. конф. М., 2007. С.443–447.



**Рис. 5.** Флегмона. Лизис мышечных волокон. Инфильтрация нейтрофилами межмышечных промежутков, подкожной клетчатки, колонии золотистого стафилококка. Ув. X 200, окраска гематоксилином и еозином.

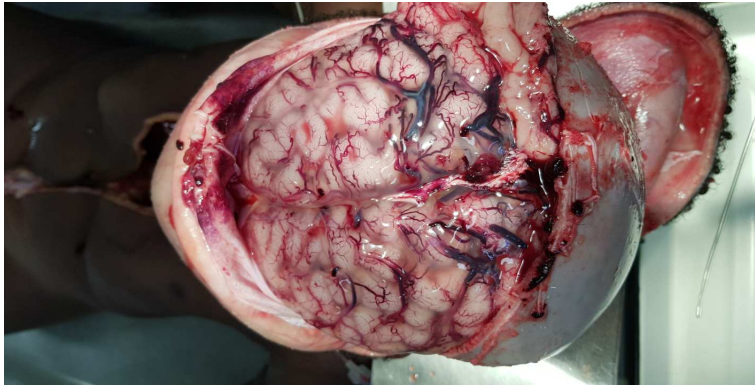
В данном случае имел место классический путь распространения инфекции от места входных ворот (правая рука) до первых метастатических очагов инфекции в легких (пневмония), с дальнейшим распространением очагов в большом круге кровообращения (гепатит, нефрит, менингит).

Данные бактериологического и гистологического исследований во втором случае подтверждают мнение клиницистов об обязательном назначении антибиотиков широкого спектра при травме в анамнезе [3].

Клинико-патоморфологический анализ данных случаев показывает, что своевременный и тщательный сбор анамнеза жизни и обстоятельств смерти может сыграть определяющую роль в проведении патологоанатомического или уже судебно-медицинского вскрытия, и решающую роль в постановке правильного диагноза, выбрать наиболее информативные методы исследования: компьютерная томография костей черепа вместо используемой МРТ в первом случае и пересмотреть тактику лечения в пользу хирургического.

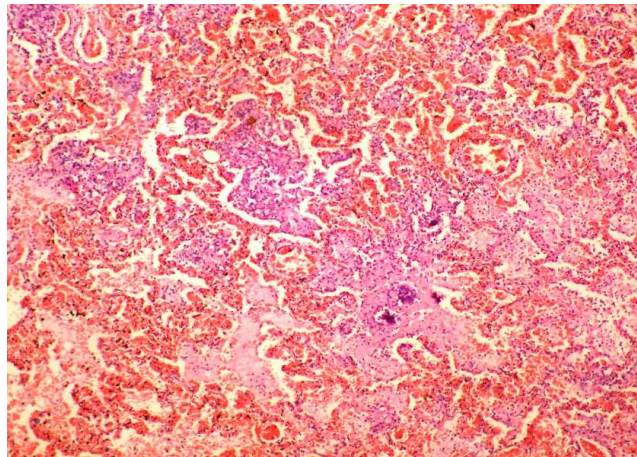
Соккрытие родственниками умершего сведений о перенесенной им травме или отравлении может ввести в заблуждение сотрудников правоохранительных органов и послужить причиной





**Рис.3.** Отек мягких мозговых оболочек, серозный менингит.

В бактериологическом посеве мышцы и легкого выявлен золотистый стафилококк. В гистологических срезах мышцы плеча, легких – явления флегмоны, колонии золотистого стафилококка (рис. 4, 5).



**Рис. 4.** Легкое. В просвете альвеол нейтрофилы, фибрин, эритроциты, колонии золотистого стафилококка. Ув. X 200, окраска гематоксилином и еозином.

**Войтенко Мирослава Юрївна**  
лікар-інтерн кафедри  
судової медицини НМАПО  
імені П.Л. Шупика  
**Науковий керівник** – асистент,  
кандидат медичних наук  
**Плетенецька Аліна Олександрівна**  
кафедра судової медицини НМАПО  
імені П.Л. Шупика, юрист

### **ЗАХОДИ ПРИМУСОВОГО ЛІКУВАННЯ. ЕКСПЕРТНІ ТА КРИМІНАЛЬНО-ПРАВОВІ ПИТАННЯ**

Актуальність даної теми обумовлена виникненням проблеми, через яку, за відсутності суб'єкту злочину, немає основної частина складу злочину. Тому, встановлення осудності громадянина, який вчинив суспільно небезпечне діяння є одним з основних завдань на момент початку виникнення злочину [7]. Якщо особа є неосудною, до неї можна використати заходи примусового лікування. Це впливає і з назви розділу IV Загальної частини Кримінального кодексу України: «Особа, яка підлягає кримінальній відповідальності (суб'єкт злочину)». Частина 1 ст. 18 визначає, що «суб'єктом злочину є фізична осудна особа, яка вчинила злочин у віці, з якого може наставати кримінальна відповідальність». Тому, суб'єкт злочину як елемент складу злочину має мати три обов'язкові ознаки це – осудну фізичну особу, яка досягла віку, що встановлений законодавцем [2].

Попереднє слідство в справах про суспільно-небезпечні діяння, вчинені особою в стані неосудності, розслідуються за правилами, передбаченими статтями 111-130, 148-222 Кримінального процесуального кодексу. Після закінчення всіх етапів попереднього слідства, якщо буде встановлено неосудність особи, що вчинила злочин, складається постанова про направлення справи до суду для вирішення питання про застосування примусових заходів медичного характеру. Прокурор, якому надіслана постанова, погодившись з нею, затверджує і надсилає справу до суду; визнавши, що психіатрична експертиза та інші докази, зібрані в справі, є недостатніми, для того, щоб зробити висновок про психічний стан обвинуваченого, або в справі зібрано не достатньо доказів, що суспільно-небезпечне діяння вчинене даною особою,

повертає справу слідчому для проведення додаткового слідства [3].

Розгляд даних справ проводиться у відкритому судовому засіданні з обов'язковою участю прокурора та захисника. Участь особи, щодо якої розглядається справа, не є обов'язковою і може мати місце лише в тому разі, якщо цьому не перешкоджає характер її захворювання. Якщо особа, щодо якої розглядається справа, викликана в судове засідання, суд вислухає її пояснення, а потім висновок експерта. Після закінчення судового слідства висловлює свою думку прокурор, потім захисник. Заслухавши думку прокурора і захисника суд виходить у нарадчу кімнату для винесення ухвали, де вирішує такі питання: чи мало місце суспільно-небезпечне діяння, з приводу якого порушена справа; чи вчинено це діяння особою, щодо якої розглядається справа; чи вчинила особа зазначене діяння в стані неосудності, чи захворіла вона після вчинення злочину на душевну хворобу, яке виключає застосування покарання; чи слід застосувати до цієї особи заходи медичного характеру, якщо слід, то які саме. Коли буде встановлено, що дана особа вчинила суспільно-небезпечне діяння в стані неосудності або після вчинення злочину захворіла на душевну хворобу, яка виключає застосування покарання, суд виносить ухвалу, а суддя – постанову про застосування до цієї особи примусових заходів медичного характеру із зазначенням, яких саме.

Особи, до яких застосовані примусові заходи медичного характеру, підлягають огляду комісії лікарів-психіатрів не рідше одного разу на 6 місяців для вирішення питання про наявність підстав для звернення до суду із заявою про припинення або зміну застосування такого заходу. У разі відсутності підстав для припинення або зміни застосування примусового заходу медичного характеру, представник психіатричного закладу, який надає особі таку психіатричну допомогу направляє до суду заяву, до якої додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність продовження застосування примусового заходу медичного характеру. В подальшому продовження застосування примусового захисту медичного характеру проводиться кожного разу на строк, який не перевищує 6 місяців. У разі припинення застосування примусових заходів медичного характеру через покращення психічного стану особи, суд може передати її на лікування родичам або опікунам з



Рис. 1. Общий вид правой верхней конечности.

При вскрытии: мышцы передней группы плеча розовато-серые, вареного вида, расплазуются, пестрые, при разрезе вытекает грязно-розовое содержимое (рис. 2).



Рис. 2. Вид мягкой тканей правой верхней конечности (флегмона).

Костно-травматические повреждения отсутствовали! После гистологического исследования подтвержден диагноз «сепсис» (флегмона — разлитое гнойное воспаление правой верхней конечности (посттравматическая), двусторонняя бронхопневмония, миокардит, гепатит, серозный менингит, нефрит) (рис. 3).

за 4 місяці до настання смерті, на голову дитини (зліва) впала металевий віконний ґрат. Після травми дитина місяць перебувала в стаціонарі, на МРТ діагностовано крововилив в задню черепну ямку, через місяць був виписаний додому. Стан дитини залишався порушеним, батьки відзначали втому. А через 2 місяці в області сосцевидного відростка справа почали з'являтися набуття і синюшність шкіри, поширюючись вниз по заднебоковій поверхні шиї, підвищилася температура, дитина поступив в стаціонар з діагнозом «сепсис».

Після гистологічного дослідження був поставлений діагноз: «сепсис (менингоенцефалит, тромбоз синусів з склерозом і набуттям, бронхопневмонія, перигепатит, інтерстиціальний міокардит, флегмона м'яких тканин заднебокової поверхні шиї)». В результаті, виявилася очевидна зв'язь захворювання з травмою, о чому свідчать деструктивні зміни задньої поверхні піраміди височної кістки (перелом основи черепа по піраміді справа), субдуральне, субарахноїдальне, епидуральне крововиливи (!) Останнє, сформоване гематомою, в зв'язі з відшаруванням *dura mater* в області задньої черепної ямки, в нормі відсутнє. Сформоване епидуральне простір задньої черепної ямки через штучний дефект, зв'язаний з переломом, зв'язується з зовнішнім основи черепа, з чим були зв'язані зміни шкіри в області сосцевидного відростка (гистологічно - флегмона шиї).

У дитини мав місце не діагностований перелом основи черепа по піраміді правої височної кістки; можливий шлях проникнення інфекції: носоглотка → *canalis musculotubarius (semicanalis tubae auditivae)* → барабанна порожнина (нижня і задні стінки якої були пошкоджені) → правий сигмовидний синус → вени мозку (менингоенцефалит); дефект кістки → зовнішнє основи черепа → флегмона м'яких тканин заднебокової поверхні шиї.

Случай 2. Дитина 1 рік 2 місяці, в анамнезі батьки відзначали травму правої верхньої кінцівки, була накладена лонгета, відзначалося порушення загального стану, тривожність, підвищення температури, збільшення кінцівки в об'ємі. Смерть настала на 4 дні після травми, доставлений на відкриття з діагнозом «сепсис». При зовнішньому огляді права рука набута, щільна, без видимих зовнішніх пошкоджень (рис. 1).

обов'язковим лікарським спостереженням [3].

Застосування до неосудної (обмежено осудної) особи примусових заходів медичного характеру є можливим лише за умови, якщо: 1) доведено вчинення нею суспільно небезпечного діяння, що містить ознаки конкретного злочину; 2) за своїм психічним станом особа являє небезпеку для суспільства.

Частина 3 ст. 19 кримінального кодексу України передбачає випадок, коли особа вчинила злочин в стані осудності, але потім, до постановлення вироку, захворіла на психічну хворобу, що позбавляє її можливості усвідомлювати свої дії (бездіяльність) або керувати ними [2]. Якщо суд визнає за потрібне, виносить ухвалу, а суддя постанову про застосування до такої особи примусового заходу медичного характеру після одужання, особу може бути піддано покаранню, якщо не закінчився строк давності притягнення до кримінальної відповідальності або не з'явилися інші підстави для звільнення від кримінальної відповідальності чи покарання. Час перебування у психіатричному закладі особи, до якої було застосовано примусовий захід медичного характеру, зараховується в строк відбування покарання, якщо вона засуджується до позбавлення волі або виправних робіт.

Примусові заходи медичного характеру застосовуються лише за наявності у справі обґрунтованого висновку судово-психіатричної експертизи про характер і тяжкість захворювання та заходи, які потрібно застосувати до хворої особи [5]. Всі заходи базуються на основі Конституційних норм: Держава відповідає перед людиною за свою діяльність. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави [1].

Експерт не має права давати висновок з юридичних питань: про осудність, неосудність і обмежену осудність, винність, суспільну небезпечність особи, застосування до неї примусових заходів медичного характеру, визначення виду психіатричного закладу, а також про передачу особи на піклування родичам чи опікунам з обов'язковим лікарським наглядом за нею. Вирішення даних питань належить до компетенції суду, а суд визначає лише вид примусового заходу, але не строки [6]. Його тривалість і підстави для припинення залежать від психічного стану хворого, особливостей перебігу захворювання. Примусові заходи медичного характеру тривають, поки хворий не перестане бути небезпечним для оточуючих. Оскільки примусові заходи медичного характеру

обмежують свободу особи, її тримання у психіатричному закладі за рішенням органів попереднього розслідування чи суду за своїм характером і значенням прирівнюється законом до тримання під вартою і зараховується до загального строку покарання день за день [2].

Якщо застосування примусових заходів медичного характеру припиняється через видужання осіб, які вчинили злочин у стані неосудності, але захворіли на психічну хворобу до постановлення вироку, вони підлягають покаранню на загальних засадах, а особи, які захворіли на психічну хворобу під час відбування покарання, можуть підлягати подальшому відбуванню покарання в спеціалізованих установах.

Зміна примусового заходу медичного характеру може полягати у переведенні хворого для продовження обов'язкового лікування, наприклад, із психіатричного закладу з посиленням наглядом до психіатричного закладу із звичайним наглядом. Підставою для такого переведення є зміна стану здоров'я хворого, внаслідок чого він стає менш суспільно небезпечним, ніж раніше. Так само (але у зв'язку з погіршенням стану його здоров'я — виникненням небезпечного марення, агресивності та неможливістю у звичайних умовах забезпечити від нього інших громадян) може виникнути необхідність у госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом хворого, якому до цього надавалася у примусовому порядку амбулаторна психіатрична допомога. Підставою для припинення чи зміни примусових заходів медичного характеру є видужання особи або значне поліпшення її психічного стану, коли це виключає суспільну небезпеку хворого, незалежно від терміну його перебування у психіатричному закладі. При цьому тяжкість раніше вчиненого особою діяння значення не має. Адміністрація психіатричного закладу за відсутності рішення суду не має права на свій розсуд припинити обов'язкове лікування [6].

#### **Список використаних джерел**

1. Нормативно-правові акти Конституція України, прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 30. – Ст. 141.
2. Кримінальний кодекс України, Відомості Верховної Ради України, 2001р., № 25-26, ст.131
3. Кримінальний процесуальний кодекс України: Відомості

електричества, после искусственного аборта, проведенного вне лечебного учреждения у умершего, и признаков других насильственных действий, главный врач больницы в установленном порядке должен сообщить правоохранительным органам о смерти такого пациента, а те, в свою очередь, направляют труп на судебно-медицинское вскрытие [1, 2].

Однако, в практике детского патологоанатома случается, что подозрение на перенесенную травму, сыгравшую решающую роль в танатогенезе, возникает непосредственно во время проведения вскрытия, или после него, что может быть связано либо с недостаточным сбором анамнеза жизни и болезни, либо с утаиванием соответствующей информации врачами и родственниками по неизвестным причинам.

Нами был проведен клинко-патоморфологический анализ двух таких случаев смерти детей, при вскрытии которых были выявлены изменения, связанные с предшествующей травмой.

Случай 1. Ребенок 1 год 7 месяцев, доставлен на вскрытие с диагнозом: «сепсис, менингит». При наружном осмотре, позади ушной раковины справа над сосцевидным отростком наблюдался очаг изменения цвета кожи - синюшно-красного цвета, не похожий на кровоподтек, отмечался отек. Голова была несколько увеличена, округлой формы, кости черепа подвижны, швы черепа разошлись. Вещество мозга резко набухшее, борозды и извилины сглажены, ткань мозга грязно-розового цвета. Вещество мозга не дифференцировано на серое и белое, расплывается под руками. Такие же изменения наблюдались и в стволе головного мозга и спинном мозге. Оболочки мозга – мутноватые, с синюшными сосудами. При исследовании задней черепной ямки выявлен дефект кости задней поверхности пирамиды правой височной кости 2x1 см, овальный, с острыми краями, располагающийся в области fossa subarcuata, сигмовидного синуса, достигающий яремного отверстия. Через дефект определялось сообщение внутреннего с наружным основанием черепа. Мягкие ткани над сосцевидным отростком расплавлены. В области задней черепной ямки твердая оболочка отделена от затылочной кости, под ней - жидкая кровь. В верхнем сагиттальном синусе старые тромбы. Также тромбы наблюдались в обоих сигмовидных синусах, в правом сигмовидном - с организацией и также - в большой вене мозга.

После беседы с родителями (после вскрытия), выяснилось, что



оточенням або мають постійний стрес, а також мають явні ознаки нестійкої психіки.

З цього випливає очевидна необхідність комплексного здійснення профілактики суїцидів у дітей та підлітків за участю всіх спеціалістів, на державному рівні: шкільних психологів, вчителів, суїцидологів, медиків, а в першу чергу – батьків [2]. Зважаючи на жорстокість сучасного булінгу, батькам та вчителям необхідно звертати увагу на скарги, поведінку та розмови дітей в школі та вдома. Якби в описаних випадках, батьки звертали увагу на явну схильність підлітків до можливого суїциду, смерті дітей можливо було б уникнути.

Також, за дослідженнями спеціалістів, виявлено 4 фактори, розвиток яких може допомогти подолати в дитини потяг до самогубства: оптимізм, адекватна самооцінка, стресостійкість та прихильність до когось.

#### Список використаних джерел

1. [Електронний ресурс]: доступ до ресурсу: <https://konkurent.in.ua/publication/23931/v-ukrayini-zrosla-kilkist-samogubstv-sered-ditej-scho-do-cogo-prizvodit/>

2. Федорова О.А. Необхідність створення державної програми з профілактики суїцидів// Мат-ли конференції (25 листопада 2016): «Актуальні питання експертно-криміналістичного забезпечення правоохоронної діяльності»: НАВС, ННПФЕКП. Київ, 2016. С. 299-301.

**Савчук Татьяна Васильевна**

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры патологической анатомии №2 НМУ имени А.А. Богомольца

**Лещенко Иван Вячеславович,**

ассистент кафедры физиологии НМУ имени А.А. Богомольца

#### КЛИНИКО-ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ ДЕТЕЙ С ТРАВМОЙ В АНАМНЕЗЕ

Все трупы умерших больных в лечебно-профилактических заведениях, как правило, подлежат вскрытию. При наличии свидетельств в пользу механических повреждений, отравлений, механической асфиксии, действия крайних температур,

Верховной Рады Украины, 2013р., № 9-10, № 11-12, № 13, ст.88. [http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/4651-17]

4. Закон Украины “Про психіатричну допомогу” від 22 лютого 2000р. №19, 143 ст.

5. Про практику застосування судами законодавства про звільнення від відбуття покарання засуджених, які захворіли на тяжку хворобу: Постанова Пленуму Верховного Суду України від 28 вересня 1973 р. № 8 із змінами. Внесеними постановою Пленуму від 4 червня 1993 р. № 3 та від 3 грудня 1997 р. № 12.

6. Беклемішев О.В. Деякі проблеми застосування поняття обмеженої осудності у новітньому кримінальному праві України / О.В. Беклемішев // Вісник Харківського національного університету внутрішніх справ. — №49. — 2008

7. Берзін П.С., Гацелюк В. О. Суб'єкт злочину / П.С. Берзін, В. О. Гацелюк на // Вісник Асоціації кримінального права України. — 2013. — №1.

**Внуков Олексій Романович**

студент медичного факультету № 2 НМУ імені О.О. Богомольця

**Науковий керівник – ассистент**

**Федорова Олена Анатоліївна,**

кандидат медичних наук,

кафедра судової медицини НМУ імені О.О. Богомольця

#### ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ «ОБОРОННОЇ» МЕДИЦИНИ. ПРАКТИЧНІ СУДОВО-МЕДИЧНІ ТА ЮРИДИЧНІ АСПЕКТИ

Аналіз принципів практики західної медицини показав, що наразі, системі охорони здоров'я багатьох країн світу, притаманні риси так званої «оборонної медицини». Оскільки, це визначення, поки що, офіційно невідоме нашій вітчизняній медицині, ми вирішили дослідити його, аби зрозуміти, яку користь або шкоду можуть нести в подальшому риси оборонної медицини в нашій країні.

Виявилось, що це – практика збільшення кількості необов'язкових чи взагалі зайвих діагностичних процедур, повторних консультацій тощо, тобто штучне збільшення обсягу наданих послуг.

Причинами, що спонукають лікаря до такого роду діяльності

можуть послужити:

- його некомпетентність,
- фінансова зацікавленість,
- тиск з боку пацієнта або його страхової компанії (в тому числі, з корисливою метою),
- однак головною мотивацією є страх стати відповідачем по справі у суді.

Дії лікаря у такому випадку зводяться до призначення необов'язкових, або не призначення потенційно корисних, однак, ризикованих процедур.

При цьому, позови за не призначення потрібного трапляються значно частіше, ніж за призначення непотрібного.

Оборонна медицина частіше практикується в країнах, де позивання до суду є, в принципі, популярним явищем (США та країни Європи), а в приватних медичних установах трапляється частіше, ніж у державних.

Так, у США - 91%, а у Швейцарії - 41% лікарів зізналися, що призначають своїм пацієнтам не обов'язкові, на їх думку, обстеження.

Іранське дослідження 2016 року з'ясувало, що чверть лікарів завжди уникають призначення потенційно позитивних, однак дещо ризикованих методів лікування, а 27% стабільно призначають необов'язкові обстеження.

Практика оборонної медицини призводить до зниження комплаєнсу, підвищення частки некомпетентних лікарів, зростання антибіотикорезистентних штамів бактерій, шкоди здоров'ю пацієнтів та навіть психічних розладів у лікарів.

Підраховано, що у США дане явище призвело до зростання видатків на медичну сферу на \$449 000 000, однак це складає менше 0,5% загальної суми.

Позитивними аспектами такої практики є висока точність діагностики (в т.ч. виявлення тяжкої патології, ніж очікувалось) та висока ефективність лікування; також, загроза позовів до суду певною мірою змушує намагатися працювати краще.

Загалом, дане явище більш поширене у країнах, де прийнята страхова медицина. Однак, оскільки, в нашій країні відбувається реформа системи охорони здоров'я, саме в бік розвитку страхової медицини, то таке явище, може з'явитись й в Україні.

При опитуванні 15 лікарів київських стаціонарів та 15 – з

характерна спільна риса. І вона була нещодавно знайдена, повідомляє CNN. Науковий співробітник Національної дитячої лікарні Огайо (США) Аріель Шефталл вивчав суїциди дітей у 17 штатах протягом 9 років і визначив, що основною проблемою в дітей 5-11 років була гіперактивність.

Нині, у власних районах обслуговування, за останні півроку, спостерігалось три схожих випадки самогубств підлітків, які не були знайомими один з одним.

Випадок №1. Д, 12 років, суїцид через повішення. При огляді місця події та розмові з рідними було встановлено, що дитина за останній час конфліктувала в класі, значно знизились успіхи у навчанні, в зошитах були виявлені малюнки у вигляді шибениць, повішених людей, відрубаних голів. В день, коли це все сталося - прокинувся, застелив ліжко, склав гарно всі свої речі (чого раніше не робив), погодував домашніх тварин та був виявлений через 2 години повішеним у петлі за приміщенням сараю. В записці написав: «Всі там зустрінемося».

Випадок № 2. В, 13 років – суїцид через повішення. При огляді на місці події та розмові з рідними було встановлено, що в середині навчального року був переведений із однієї школи в іншу, навчання пропускав, оцінки дуже знизились. Батько проживав окремо і був авторитетом для дитини. В середу мамі подзвонила вчителька і сказала, що він пропускає навчання. Прийшовши до дому, мама його вилаяла та сказала, що в п'ятницю приїде тато та він буде покараний. Виявлений повішеним в дворі власного будинку на горіху, в 6 годин ранку тієї ж п'ятниці.

Випадок № 3. А, 18 років – суїцид через повішення. При огляді на лівому передпліччі у нижній та середній третинах виявлені садна лінійної форми, паралельні одна до одної у кількості 10. При розмові з батьками вияснилося, що не раз висказував суїцидальні думки, однак ніхто його не сприймав всерйоз. У брата теж була спроба суїциду, однак його встигли виїняти із петлі. А., розіслав смс-повідомлення 4 своїм друзям, де вони зможуть його знайти, однак ніхто з них також не сприйняв його серйозно, і коли на ранок його почали шукати рідні, він був виявлений саме в тому місці, яке вказав друзям в повідомленні.

Отже, з аналізу власного експертного матеріалу в випадках самогубств молодших дітей, ми можемо вочевидь помітити, що до суїциду вдаються неповнолітні особи, які конфліктують з

більшість з них – із цілком благополучних сімей.

У власному експертному матеріалі, п'ятнадцять-двадцять років тому, ми спостерігали, що найчастіше підлітки та юнаки йшли з життя, переважно, через нещасне кохання. Однак, два випадки на той час були просто шокуючими: 1 – коли 15-річний хлопець з цілком забезпеченої сім'ї повісився через те, що «йому все набридло», за словами двоюрідного брата, і він гадав, що його життя ніколи не урізноманітниться, й 2 – коли 9-річний хлопчик повісився через те, що мати не змогла дати йому гроші аби він пішов пограти на комп'ютерах. В даних випадках ми бачимо значущу різницю в причинах та в особливості психіки дітей. Для старшого підлітка трагедією стала одноманітність життя, з якого він не уявляв собі виходу. У другій дитини психіка взагалі ще не закінчила своє формування, тому неможливість пограти в улюблену гру через зубожіння сім'ї й підштовхнула його до самогубства.

З точки зору дорослих людей з добре сформованою психікою, причини, з яких діти іноді йдуть з життя, наразі, взагалі нікчемні.

«У Миколаївській області 9-річний хлопчик повісився на спортивному канаті після того, як посварився з батьками через прибирання кімнати. Із такої ж причини 8-річна дівчинка з Білоцерківського району Київщини повісилася на скакалці. На Закарпатті 9-річний хлопчик, що займався футболом, пішов з життя через несправедливу оцінку. У Сумській області після конфліктів з ровесниками наклав на себе руки 10-річний хлопчик, а в Рівненській та Одеській областях через такі ж причини – 12-річні діти.».

Однак, відомі закордонні інформаційні джерела повідомляють й більш вагомні причини суїцидів в малолітніх дітей: «8-річний Габріель Тайе з Вествуда, повісився на краватці через цькування однокласників». На 6-річну Саманту Куберськи колись накричала мама. Дівчинка заявила, що накладе на себе руки. Ні мама, ні три старші сестри не поставилися до того серйозно. Саманта повісилася на ремені батька. Вона була визнана наймолодшим у світі самогубцем. Але відтоді тільки в США ще сім одноліток Саманти наклали на себе руки. А в Китаї нещодавно вбила себе, випивши пестициди, п'ятирічна дівчинка. Так вчинити змусило їх те, що мама пішла з родини».

Дослідники намагались дізнатись, чи існує в суїцидентів якась

амбулаторій, з'ясувалось, що дії 23-х з них підпадають під визначення оборонної медицини, а регулярно її практикують 10 осіб з опитаних, однак, про саме визначення такого явища ніхто з них не чув. Іноді, лікарі, з метою перестороги від майбутніх припустимих негараздів з боку пацієнтів, роблять це майже інтуїтивно.

Явище оборонної медицини виявилось більш поширеним у амбулаторній практиці (8 проти 2-х у стаціонарі).

При детальнішому розпитуванні виявилось, що 3 з 8 переконані в правильності своїх призначень, однак тактики просто не є загально визнаними (антибіотикопрофілактика при ГРВІ).

Варто також зазначити, що лікарі зі стажем понад 40 років (3/3) виявились схильними покладатися на власний досвід, а не додаткові дослідження, а 31 з 50 опитаних студентів, навпаки, віддали б перевагу дообстеженням перед досвідом, «коли він буде».

Запропонованими наразі напрямками уникнення звернення до оборонної медицини є - обмеження кількості та суті обставин, за які можна подати позов на лікаря, підняття вартості страховки від недбалості, а не індивідуального страхування, здешевлення медичної допомоги.

Нажаль, виявилось, й що частина лікарів, які працюють з травмованими або потерпілими внаслідок злочину особами, іноді – несвідомо (з метою перестороги), а іноді – свідомо здійснюючи посадовий злочин з метою отримання винагороди від підозрюваного, також фактично використовують методи оборонної медицини. Наприклад, в випадку наявності лише тріщини кісток лицевого черепа та за відсутності об'єктивної неврологічної симптоматики, характерної для забою головного мозку середнього ступеню, з метою впливу для збільшення ступеню тяжкості тілесних ушкоджень, лікарем-невропатологом призначаються безглузді в даному випадку деякі лабораторні аналізи, КТ, замість того, аби провести обов'язкове рентген-дослідження, хоча б, у 2-х проєкціях, тощо. Типовим прикладом «оборонної» тактики вітчизняної медицини є тримання у стаціонарі потерпілої особи, в якій фактично є легкі тілесні ушкодження, в термін понад 21 добу, причому, зовсім необгрунтовано. Для таких випадків характерні певні риси професійної поведінки лікарів:

- ретельний опис скарг та суб'єктивної симптоматики;
- поверхневий опис тілесних ушкоджень та об'єктивної

симптоматики;

– ігнорування необхідних консультацій суміжних спеціалістів (всупереч Протоколам надання клінічної допомоги);

– формальне лікування тощо.

Іноді, лікарі, що так себе поведуть, чесно вважають, що перестраховуються таким чином.

Висновок: Отже, проаналізувавши «оборонні» риси медицини, стає вочевидь, що, загалом, оборонна медицина є необґрунтованим несприятливим та надмірно вартісним шкідливим явищем.

Поширеність його в Україні офіційно наразі невідома, що позбавляє можливості спостерігати зміни при переході до страхової медицини.

Найкращим способом уникнення даної практики видається підвищення кваліфікації лікарів та обізнаності населення з медичних та мінімальних юридичних питань, оскільки освічений пацієнт навряд чи позиватиметься на грамотного лікаря.

#### Список використаних джерел

1. World J Clin Cases. 2018 Oct 6; 6(11): 406–409. Published online 2018 Oct 6. doi: 10.12998/wjcc.v6.i11.406
2. Ann Med Health Sci Res. 2013 Apr-Jun; 3(2): 295–296. doi: 10.4103/2141-9248.113688 Defensive Medicine: A Bane to Healthcare M Sonal Sekhar and N Vyas<sup>1</sup>
3. Defensive Medicine: Ethical or Unethical? A Case Study of Tehran University of Medical Sciences Hospitals Scient Open Access Journal: Open Access Journal of Public Health Received June 06, 2018; Accepted June 25, 2018; Published July 02, 2018
4. Shurtz, Ity (2013). "The impact of medical errors on physician behavior: Evidence from malpractice litigation". Journal of Health Economics. 32 (2): 331–340
5. [Електронний ресурс]: Режим доступу: <https://jacksonhealthcare.com/media-room/surveys/defensive-medicine-study-2010/>

**Полюк Юрій Володимирович**

завідувач Яготинського

міжрайонного відділення

Київського обласного бюро

судово-медичної експертизи

**Федорова Олена Анатоліївна**

асистент кафедри судової медицини

та медичного права

Національного медичного університету

імені О.О. Богомольця,

кандидат медичних наук

#### УЗАГАЛЬНЕННЯ СУДОВО-МЕДИЧНОГО АНАЛІЗУ ВЛАСНИХ ВИПАДКІВ З ПРАКТИКИ – СУЇЦИДІВ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Останнім часом, світова практика говорить про зростання кількості самогубств серед дітей та молоді. У США, за даними Центру з контролю та профілактики захворювань, щомісяця шестеро дітей у віці до 12 років позбавляють себе життя! На кожен такий випадок — близько 200 спроб суїциду.

На жаль, і в нашій країні, судово-медичні експерти в своїй повсякденній роботі часто зустрічаються з самогубствами. Особливо прикрими для всіх є випадки скоєння суїцидів юнаками, підлітками та малолітніми дітьми. Тому, всебічне, в тому числі, й судово-медичне вивчення цієї проблеми, є актуальним. Однак, в даному дослідженні, ми не розглядали випадків суїцидів, скоєних неповнолітніми внаслідок антисоціальних «ігор» на кшталт «Синіх китів», «Червоних сов» тощо.

Для початку, ми вирішили дослідити причини, що штовхають неповнолітніх осіб на самогубство. «В Україні таких випадків стало в 30 разів більше за останні 30 років, статистика інших країн теж невтішна. Тих, кому 6-10 років, не турбують, як підлітків, нещасне кохання чи внутрішні конфлікти. Що ж штовхає на це дітей і як їх врятувати?» - задає такі питання популярний інтернет-ресурс [1].

За даними дослідження, проведеного співробітниками Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, щороку в Україні 50-60 хлопчиків і близько 20 дівчаток віком до 12 років накладають на себе руки. І якщо 20-30 років тому, це були діти, переважно, з неблагополучних сімей, то наразі,



спричинення, оскільки в розпорядженні експерта були відсутні об'єктивні дані, які б давали змогу це зробити.

В наступному випадку, до нас звернувся інший учасник АТО. гр. О., 45 років, з таким самим діагнозом - компресійний перелом хребта на рівні L4-L5, який отримав, за його словами, підчас обстрілу. Міг назвати точну дату, обставини за яких отримав травму, пам'ятає, як його транспортували з поля бою, що півроку взагалі не міг ходити, як проходила його реабілітація.

Гр. П., 33 років, звернувся 19.03.2019 року для проведення судово-медичного дослідження та встановлення ступеню тяжкості тілесних ушкоджень, які йому були нанесені відомою особою 09.02.2019 року. На момент огляду видимих тілесних ушкоджень не було виявлено, зі скарг – після травми були вибиті 2 передні зуба. Підекспертний надав довідки від щелепно-лицьового хірурга та рентгенологічні знімки. На довідках дати були виправлені та відповідали 2011 року. Отже, ушкодження були оцінені за ступенем тяжкості, однак, дата його спричинення не була підтверджена, як в першому випадку.

Висновок. Таким чином, з аналізу випадків з власної експертної практики стає очевидним факт того, що іноді, найчастіше - з корисливих мотивів, підекспертні особи вказують працівникам правоохоронних органів та експертам неправдиві обставини травмування, чим можуть зашкодити об'єктивному виконанню експертизи.

#### **Список використаних джерел**

1. Закон України «Про судову експертизу»/ Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1994, ст.3 зі змінами та доповненнями станом на 01.01. 2019 рік // Електронний ресурс: Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/main/4038-12>.

**Волобуєв Олександр Євгенійович**  
асистент кафедри судової медицини  
та медичного права  
НМУ імені О.О. Богомольця

#### **ПОРУШЕННЯ ПРИ СКЛАДАННІ ВИСНОВКІВ СУДОВО-МЕДИЧНИМИ ЕКСПЕРТАМИ, ЩО ДАЮТЬ ПІДСТАВИ ВВАЖАТИ ТАКІ ВИСНОВКИ НЕДОПУСТИМИМ ДОКАЗОМ В СУДОВОМУ ЗАСІДАННІ**

Документ, який складається за результатами проведеної судово-медичної експертизи є висновок експерта. За статтею 101 Кримінального процесуального кодексу України (КПКУ): «Висновок експерта – це докладний опис проведених експертом досліджень та зроблені за їх результатами висновки, обґрунтовані відповіді на запитання, поставлені особою, яка залучила експерта, або слідчим суддею чи судом, що доручив проведення експертизи» [1].

Висновок експерта не є доказом, а лише процесуальним джерелом доказів, а доказами є фактичні дані, отримані у передбаченому КПКУ порядку, що мають значення для кримінального провадження та підлягають доказуванню [1]. Отже, Висновок експерта може стати доказом в кримінальному провадженні тільки за умов, що він:

- а) містить фактичні дані, тобто такі, що є беззаперечними та не викликають сумніву;
- б) отриманий з дотриманням встановленого порядку;
- в) має значення для кримінального провадження та належить до обставин, що підлягають доказуванню.

Розглянемо детальніше причини, за яких висновок експерта у судовому засіданні може стати недопустимим доказом:

1. Його виконання без дотримання вимог правил, інструкцій, методик проведення судово-медичної експертизи (проведення повторної судово-медичної експертизи зі складанням висновку експертом, який проводив первинну експертизу; виконанням за участі одного експерта у випадках, які передбачають обов'язкову участь кількох та ін.) [2].

2. Проведення експертизи зі складанням висновку експертом за обставин, що виключають його участь у справі (у випадках коли експерт є потерпілим, позивачем у цивільних справах або

відповідачем, родичем слідчого, особи, яка проводила дізнання, звинувачуваного; мати відповідну атестацію та свідоцтво, кваліфікацію судового експерта та зареєстрованим в Реєстрі атестованих судових експертів що знаходиться на сайті Міністерства Юстиції України) [3].

3. Висновок має ґрунтуватися не лише на даних судово-медичного обстеження, але й на відомостях, які стали відомі під час дослідження матеріалів, що були надані для проведення експертизи. У практиці відомі випадки, коли за наявності істотних суперечностей між висновком судово-медичної експертизи щодо можливості цілеспрямованих дій потерпілою особою після отриманих ушкоджень та доказами по справі, суд повинен був їх усунути, допитавши в судовому засіданні судово-медичного експерта, який дав такий висновок, і в разі необхідності призначити повторну експертизу.

4. Складання висновку експерта без дотримання правил його оформлення, який має містити вступну, описову, дослідну частину та підсумки; в свою чергу кожна з частин викладається з дотриманням встановлених вимог. Одна з вагоміших частин, що резюмує проведену експертом роботу є підсумки – науково-обґрунтовані відповіді на всі поставлені слідчим питання, які в своїй основі спираються на зробленому дослідженні. Відповіді у підсумках повинні ґрунтуватися на даних медичної науки, теорії і практики судової медицини та на спеціальних знаннях експерта. Можуть бути викладені або у стверджувальній (категоричній), або ймовірній (можливій) формі.

Основними вимогами при складанні підсумків повинні бути:

а) чіткість у висловлюванні думки та недопущення розпливчастості та неконкретності;

б) описані ознаки, досліджуваного об'єкта не повинні бути суперечливими та взаємовиключними;

в) докази повинні мати достатньо підстав що підтверджують правильність думки, тобто приводили ті об'єктивні причинно-наслідкові зв'язки, які пов'язані з даним явищем;

Таким чином, виконання викладених умови та дотримання вимог законодавства допоможуть уникнути істотних наслідків у судовому процесі.

Діагноз: уламковий перелом нижньої щелепи ліворуч. Рентгенологічні знімки ні потерпіла, ні поліція не надали. В історію хвороби був вписан протокол оперативного втручання та накладання проволочних назубних шин.

Через відсутність рентгенологічного підтвердження наявності перелому щелепи, ступінь тяжкості не була встановлена. Під час судового засідання, адвокат підозрюваного надав фото-докази того, що у потерпілої відсутні проволочні назубні шини, й вона виглядає зовсім не так, як повинна виглядати людина з переломом нижньої щелепи: через декілька днів після отримання травм, вона знаходилась на дні народження, де весело посміхалась та їла торт. Суд зобов'язав потерпілу надати рентгенологічні знімки. Після їх вивчення та консультації лікарем-рентгенологом – діагноз уламковий перелом нижньої щелепи ліворуч було знято, оскільки кістково-травматичних змін не виявлено.

Отже, в даному випадку вдалось довести невинність підозрюваного у нанесенні підекспертній ушкодження середнього ступеню тяжкості.

Для проведення судово-медичної експертизи та встановлення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень, які отримав під час перебування в зоні АТО, у відділення звертається учасник АТО – гр., 23 роки. Ним були надані медична документація та рентгенологічні знімки за 2018 рік. Діагноз: компресійний перелом хребта на рівні L4. З його слів, анамнез травми не пам'ятає, посилається на шоківий стан. Лише може пригадати, що це було в 2016 р., реабілітаційний період не пам'ятає. Відповідно до запиту у військкомат, отримуємо відповідь, що гр. А., 23 років, дійсно, перебував в зоні АТО в 2016 році. Однак будь-яких даних за його евакуацію медичним батальйоном та перебування його у військовому шпиталі в 2016 р. не має. Рентгенологічні знімки направлені лікарю-рентгенологу діагноз, який підтвердив наявність у пацієнта компресійного перелому хребта на рівні L4, однак встановити дату травми не є можливим, оскільки від моменту травми до наданих КТ знімків від 11.01.18р пройшло 22 місяці та виявлені тільки ознаки «застарілого» перелому тіла L4. В наданій амбулаторній карті відсутні записи про звернення та дослідження поперекового відділу хребта.

В результаті проведення експертизи, перелом був оцінений за ступенем тяжкості, але не був підтвердженим за датою

5. Закон України «Про судову експертизу» [Електронний ресурс]/ Відомості Верховної Ради України (ВВР) – К., 2004, – № 28– ст. 232 — Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua>

6. Інструкція про проведення судово-медичної експертизи, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17.01.95 р. № 6 [Електронний ресурс]/ Міністерство охорони здоров'я України – К., 1995. –№ 6. — Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua>

7. Правила судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень // Наказ Міністерства охорони здоров'я України “Про розвиток та вдосконалення судово-медичної служби України”. – 17 січня 1995 р.

**Полюк Наталія Олегівна**  
завідувач Переяслав-  
Хмельницького  
міжрайонного відділення  
Київського обласного бюро  
судово-медичної експертизи

### **НЕОБХІДНІСТЬ СУВОРОГО ДОТРИМАННЯ ПРИНЦИПУ ОБ'ЄКТИВНОСТІ ТА ПОВНОТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ ПРОВЕДЕННІ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ**

При проведенні судово-медичних експертиз лікар повинен керуватись основними принципами судово-експертної діяльності, серед яких основне місце посідає принцип об'єктивності та повноти дослідження відповідно до ст. 3 Закону України про експертну діяльність [1]. Саме він забезпечує якісне виконання експертиз. І якщо лікар-судово-медичний експерт його ретельно дотримується в своїй роботі, то він вважає, що при проведенні даної експертизи витримані всі умови чинного законодавства.

Однак, іноді, цей принцип може порушуватись самими підекспертними особами. А це може призвести до лікарської помилки та неправильного ходу кримінального провадження.

Тому, виникає необхідність в ретельному аналізі подібних випадків.

В 1-му випадку, для проведення судово-медичної експертизи було надано історію хвороби пацієнтки Ю., 20 років. З її слів, була побита відомою особою, звернулась на лікування в стаціонар.

### **Список використаних джерел**

1. Кримінальний процесуальний кодекс України [Електронний ресурс]/Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2013, № 9-13, ст.88 – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4651-17-Назва з екрану>.

2. Наказ № 6 від 17.01.95 м. Київ «Про розвиток та вдосконалення судово-медичної служби України» [Електронний ресурс]/Документ z0248-95, поточна редакція – Прийняття від 17.01.1995 – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4038-12-Назва з екрану>.

3. Закон України «Про судову експертизу» [Електронний ресурс]/Відомості Верховної ради України (ВВР), 1994, № 28, ст.232 – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0248-95-Назва з екрану>.

**Галіч Вікторія-Світлана Миколаївна**  
студент НМУ імені О.О. Богомольця  
медичного факультету № 3  
**Науковий керівник – асистент**  
**Артеменко Олексій Іванович**  
кафедра судової медицини та  
медичного права НМУ імені О.О.  
Богомольця

### **СУДОВО-МЕДИЧНІ АСПЕКТИ УРАЖЕНЬ З ПНЕВМАТИЧНОЇ ЗБРОЇ**

Пошкодження з пневматичної зброї в останні роки все частіше зустрічається при судово-медичній експертизі живих осіб. У вільному обороті з'явилась значна кількість нових видів ручної пневматичної зброї. Крім нещасних випадків з використанням даної зброї, почастишали і випадки її застосування в кримінальних цілях.

Перш ніж приступити до розгляду наслідків застосування пневматичної зброї, яка може бути використана поза межами дозволеного її функціонального призначення, давайте розберемося, що це таке, до якого типу відноситься, та що власне необхідно для володіння нею.

Пневматичною зброєю являються предмети конструктивно схожі зі зброєю, що призначені для ураження цілі на відстані

снарядом, що одержує спрямований рух за рахунок енергії стисненого, зрідженого газу та має сертифікат відповідності згідно стандартів України [3,4].

Пневматична зброя так само, як і ручна вогнепальна, може бути класифікована за різними ознаками [1,3,4,6,7].

1. В залежності від наявності або відсутності нарізів в каналі ствола вона ділиться на:

- а) Нарізну;
- б) Гладкоствольну.

2. В залежності від наявності або відсутності магазину різняться:

- а) Багатозарядна;
- б) Однозарядна зброя.

3. В залежності від довжини ствола воно ділиться на:

- а) Довгоствольна (гвинтівки, рушниця);
- б) Короткоствольна (пістолети).

Типи пневматичної зброї:

- Поршнево-пружинна (ППП). У цьому типі викид кулі досягається за рахунок швидкого витискання повітря в ствол завдяки енергії попередньо стиснутої пружини, яка передається на поршень, який щільно прилягає до зовнішнього циліндра. Як приклад можна навести добре знайому тирову рушницю ИЖ-38/ИЖ-38С.

- З попереднім накачуванням (PCP - Pre-Charged Pneumatics). У цій зброї повітря попередньо стискається у балоні під високим тиском (80-300 атм) і через декомпресійну камеру подається у ствол. Приклади: ВAM-50, CZ-200, Walther Dominator.

- Компресійна пневматика. У цій зброї повітря також стискається до моменту пострілу, однак це відбувається безпосередньо у робочій камері і, як наслідок, його вистачає лише для одного пострілу. Чомусь прийнято виділяти клас "мультикомпресійної" пневматики, однак це означає усього лише те, що потрібний для пострілу тиск досягається за кілька тактів руху звідного важеля і, відповідно, наявністю клапана між робочою камерою та нагнітаючим поршнем. Приклади: ИЖ-46, Гвинтівки Mendosa (якраз мультикомпресійні).

- Газобалонна пневматика. Під газобалонною пневматикою мають на увазі зброю, у якій як робоче тіло використовується газ, відмінний від повітря (найчастіше вуглекислий), тобто клас це

стосувалося інших виставлених діагнозів. Якщо оцінювати доцільність лікування, то воно хоча і не було протипоказане, втім не могло значно полегшити стан хворого. У випадках неспівпадіння діагнозів лікування було лікарями обрано тактично вірно тільки у випадках смерті від цереброваскулярної патології при клінічному діагнозі ЧМТ.

Таким чином, у всіх відділеннях лікарями встановлювався переважно діагноз травми (або отруєння) коли причиною смерті було захворювання. У той же час, враховуючи відсутність необхідних досліджень для підтвердження травматичного генезу, можна сказати, що такі діагнози виставляються лікарями не об'єктивно.

Лікування, що було призначено хворим було етіопатогенетично обрано тільки у небагатьох випадках: випадки повного співпадіння діагнозів, а також неповних і неспівпадінь за наявності цереброваскулярної патології (при клінічному діагнозі ЗЧМТ) і частково- при отруєннях. Це можна пояснити тим, що лікування встановленої клініцистами патології майже не відрізнялося від насправді наявної у хворих.

Таким чином, рівень надання медичної допомоги в Україні вкрай низький, що пов'язано, насамперед, з відсутністю злагодженої та організованої роботи медичних працівників як на догоспітальному, так і на госпітальному етапі.

#### Список використаних джерел

1. Medication Errors [Електронний ресурс] // StatPearls Publishing LLC. – 2019. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519065/>

2. Обнародованы шокирующие данные о смертности в Украине из-за врачебных ошибок [Електронний ресурс] // Факти. – 2019.- Режим доступу до журн.: <https://fakty.ua/295516-obnarodovany-shokiruyucshie-dannye-o-smertnosti-v-ukraine-iz-za-vrachebnyh-oshibok>

3. Кримінальний процесуальний кодекс України [Електронний ресурс]/ Відомості Верховної Ради України (ВВР) – К., 2014, – № 46. – ст. 2046 — Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua>

4. Кримінальний кодекс України [Електронний ресурс]/ Міністерство охорони здоров'я України – К., 2001. –№ 25-26. — Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua>

отруєння та захворювання. У решті ж випадків лікарями встановлювалося 2 та більше діагнозів, причому у більшості випадків (61,5%) діагноз все ж таки не був встановлений вірно.

У відділенні нейрохірургії у 77,8% ставився діагноз травми, у той час, як причиною смерті було захворювання (77,8%). Тут найбільш частими клінічними діагнозами з вказаних була ЗЧМТ (39 випадків з 54 ) різних форм-72,2 %, причому у 23,1 % з них безпосередньою причиною смерті було цереброваскулярне захворювання, а у 17,9% - переохолодження. У решті випадків судово-медичні діагнози були найрізноманітнішими. При оцінці лікування слід зазначити, що у випадках причини смерті від цереброваскулярного захворювання за наявності клінічного діагнозу ЧМТ лікувально-діагностична тактика загалом була обрана вірно. Що ж стосується решти випадків, то лікувально-діагностичні заходи було обрано згідно встановленим діагнозам, що зовсім не відповідало фактично наявній у хворих патології. Слід зазначити, що у всіх випадках по даному відділенню лікарями встановлювалося 2 та більше діагнозів, причому жодного діагнозу повністю не збіглося з судово-медичним.

У відділенні політравми у 83,9% ставився діагноз травми, у той час, як причиною смерті було захворювання (87,1%). Тут найбільш частими клінічними діагнозами з вказаних були закрыта травма грудей та живота (загалом 19 випадків з 31 - 61,3%) при найрізноманітніших варіантах безпосередньої причини смерті, найчастіше з яких все ж таки був панкреанекроз (36,8 %). При оцінці лікування лікувально-діагностичні заходи було обрано згідно встановленим діагнозам, що зовсім не відповідало фактично наявній у хворих патології. Слід зазначити, що з 31 випадку по даному відділенню один діагноз лікарями ставився в 1 випадку. У решті ж випадків лікарями встановлювалося 2 та більше діагнозів, причому у більшості випадків (90,7%) діагноз все ж таки не був встановлений вірно.

У випадках співпадінь діагнозів клініцистів та судово-медичного експерта лікування відповідало встановленим діагнозам. У випадках неповного співпадіння судово-медичного і клінічного діагнозів лікування, у цілому, було призначене відповідно до одного чи двох із встановлених клініцистами діагнозів. Що ж стосується тих випадків, коли діагнозів було більше, то лікування, фактично, було спрямованим також на 1-2 патології і зовсім не

досить умовний. В основному джерелом живлення є 8, 12, 88-грамові балончики.

- Мультикомпресійна пневматика. Принцип дії такий самий, що і у компресійної пневматики, тільки качати для забезпечення потрібного тиску в клапані можна від 1 до 10—15 разів. Природно, при цьому зростає швидкість кулі. Самий істотний недолік — довга підготовка до пострілу. Характерні риси у зброї такого типу: хороша точність на середніх дистанціях, середня потужність, дуже слабка «віддача», викликана тільки ударом курка по клапану і вильотом кулі, можливість ефективного використання модератора, відсутність навантаження на оптику.

- Пневматична зброя на пневмопатронах. В ній використовуються спеціальні багаторазові патрони, що заправляються стиснутим повітрям. Конструктивно зброя на пневмопатронах схожа з вогнепальною, існують спеціальні набори для пристосування вогнепальної зброї під пневмопатрони з метою здешевлення тренувань з нею і розважальної стрільби.

З вищеведеного, можна виділити дві найбільш популярні групи пневматичної зброї в залежності від типу і системи:

1. Зброя, де повітря стискається механізмом, найважливішою частиною якого є система: циліндр - поршень - пружина; (пружинно-поршнева).

2. Зброя, в якій є насос або балон зі стисненим повітрям або газом (газобалонна).

Пружинно-поршнева система. Цей клас пневматики працює за рахунок стиснення пружини і руху поршня, що створює тиск у спеціальній камері – циліндрі. В кінці циліндра є невеликий отвір, через який під тиском виштовхується повітря, що міститься в циліндрі. Саме він і надає імпульсу мініатюрному снаряду-кульці, яка вилітає з великою швидкістю.

Газобалонна пневматика. Мабуть, найбільш поширеною і популярною є «пневматика», що заповнила спеціалізовані магазини. В якості джерела енергії використовується балончик з вуглекислим газом.

Калібр пневматичної зброї дозволеної для використання в Україні не може перевищувати 4,5 мм, а дульна енергія відповідно не має бути вищою 3Дж. Для відстрілу використовуються свинцеві кулі, здебільшого, конічної форми, також використовують сталеві шарики, що мають обміднену основу (для пневматичних пістолетів

з балонами вуглекислого газу). Придбати пневматичний пістолет чи гвинтівку може кожен, хто досяг 18-річного віку.

В більшості випадків така зброя носить характер спортивно-тренувальної, та використовується для отримання базових первинних навиків у поводженні зі зброєю та дає змогу здійснювати тренування в місцях спеціально обладнаних для кульової стрільби.

З першого погляду, пневматичні гвинтівки та пістолети можуть виглядати відносно нешкідливими, але вони насправді є потенційно травматичними.

В огляді експериментальних досліджень, американська асоціація криміналістичних експертів зробила висновок, що критична швидкість кулі для проникнення в шкіру людини становила близько 60 м/сек.

З криміналістичних наукових джерел та експертної практики відомо, що кулі пневматичної зброї здатні наносити людині ушкодження різної тяжкості. Є свідчення про те, що при стрільбі з пневматичної зброї на дистанцію до 3 м включно, можливе заподіяння смертельних або небезпечних для життя ушкоджень. Куля пневматичної зброї не тільки здатна пробити шкіру, але і проникнути в тіло на кілька міліметрів, пошкодивши тканини. Такий «легкий» варіант (до 3 Дж) може нанести серйозні травми, потрапивши у вразливу чи слабо захищену область тіла [4].

Наявні в криміналістичній літературі дані про зовнішньобалістичні характеристики пневматичної зброї, що представляють інтерес для криміналістів, досить нечисленні. Основними з них є середні величини пробивну здатність куль, визначені експериментальним шляхом [1,2,3].

Відомі загальні закономірності пробивної дії куль пневматичних гвинтівок, які полягають в тому, що найбільш інтенсивно воно проявляється при стрільбі на дистанціях до 5 м, якщо зброя мало зношена, і до 1 м при зношеному стані зброї (під зношеністю пневматичного зброї розуміється, головним чином, стан його деталей, що створюють повітряний тиск - бойової пружини, поршня, циліндра. Саме ці деталі відчувають при роботі зброї найбільші навантаження і зношуються найбільш інтенсивно, що, відповідно, викликає погіршення в зовнішньобалістичних характеристик куль). Відзначено також, що пробивна здатність куль різко зменшується при наявності масла в каналі ствола зброї.

хворих у випадках розбіжностей клінічного та судово-медичного діагнозів по основному та ускладненням для виявлення основних причин невірно встановленого діагнозу за даними багатопрофільної лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги (ЛШНМД) за поточні 7 років. Хворі знаходились на лікуванні у токсикологічному, нейрохірургічному відділенні, відділенні політравми. Обробка та аналіз даних проводилися в програмних пакетах OpenOffice (Base, Calc, Writer, Draw, Math), GNU Octave зі збереженням вихідних документів у форматі \*.doc, \*.xls. При лікуванні пацієнтів у різних відділеннях комплекс аналізів, додаткових досліджень та оглядів спеціалістів при однакових діагнозах був різним виключно у всіх випадках, що підтверджую відсутність єдиного підходу до діагностики патологічних станів. З іншого ж боку, мінімальний обсяг досліджень був обумовлений по наступним причинам: 1. короткий час знаходження хворих у стаціонарі при тяжких патологіях; 2. затримка у проведенні досліджень з невідомих причин за наявності показань. Встановлені діагнози у різних відділеннях було розподілено на три групи: захворювання, травма та отруєння. При цьому співпадіння клінічного та судово-медичного діагнозів (захворювання-захворювання, травма-травма, отруєння-отруєння) склало загалом 3 (3,1%), неповне співпадіння - 15 (15,3%), неспівпадіння - 80 (81,6%).

У відділенні токсикології у 53,9 % ставився діагноз отруєння, у той час, як причиною смерті було захворювання (53,9 %). Тут найбільш частими клінічними діагнозами з вказаних були отруєння алкоголем та невідомою речовиною (загалом 9 випадків- 69,2 %), що стало безпосередньою причиною смерті лише у 2х випадках. У решті ж випадків безпосередньою причиною смерті стали панкреанекроз, цироз печінки та переохолодження. При оцінці лікування слід зазначити, що воно зазвичай відповідало клінічного діагнозу. Втім, при панкреанекрозі хворі потребували ще і оперативного втручання, а при ураженнях печінки - призначення гепатотропних препаратів, чого зроблено не було. Що ж стосується фактичної причини смерті від переохолодження, то лікування не було обрано вірно, а було спрямовано тільки на дезінтоксикацію. Слід зазначити, що з 13 випадків по даному відділенню один діагноз лікарями ставився в 6 випадках (46,2%), причому з них тільки в 2х випадках клінічний співпадав з судово-медичним -

Потребує подальшого вдосконалення нормативне регулювання питання визначення місця, де повинна утримуватись психічно хвора людина під час застосування до неї заходів запобіжного захисту, щоб забезпечити гуманне ставлення до цієї категорії осіб.

#### Список використаних джерел

1. Уголовный кодекс Республики Казахстан от 3 июля 2014 года № 226-V (с изменениями и дополнениями по состоянию на 12.07.2018 г.) // [https://online.zakon.kz/Document/?doc\\_id=31575252#pos=685;-20](https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31575252#pos=685;-20)
2. Науково-практичний коментар Кримінального кодексу України від 5 квітня 2001 р. / за ред. М. І. Мельника, М. І. Хавронюка. – Київ, 2001. – 1104 с.

**Плетенецька Аліна Олександрівна**  
кандидат медичних наук, асистент  
кафедри судової медицини НМАПО  
імені П.Л. Шупика

#### ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УРГЕНТНИХ ВИПАДКАХ (ЗА ДАНИМИ КОМІСІЙНИХ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ)

Щороку у Сполучених Штатах Америки внаслідок так званої «лікарської помилки» гинуть від 7 000 до 9 000 людей. Загальна вартість догляду за пацієнтами, пов'язаними з медикаментозними помилками, щороку перевищує 40 мільярдів доларів. Головним наслідком помилок у лікуванні є зменшення задоволеності пацієнтів та зростання недовіри до системи охорони здоров'я [1, 2].

Для об'єктивної та вірної оцінки надання медичної допомоги судово-медичним експертам, на яких покладено таке завдання, слід ретельно вивчати всі тонкощі цієї допомоги на кожному етапі з урахуванням вимог чинного законодавства України [3, 4]. Для вирішення питань щодо надання медичної допомоги, що здійснюється в Україні шляхом проведення судово-медичних експертиз в рамках кримінальних проваджень і цивільних справ [5, 6, 7], потрібно проаналізувати у динаміці на кожному етапі обсяг, тактику, повноту, своєчасність призначених хворому лікувально-діагностичних заходів.

Саме з цією метою було досліджено 98 карток стаціонарних

Пробивна дія кулі, як відомо, залежить від швидкості в момент зустрічі з перешкодою. Залежно від дистанції стрільби вона може бути різною. За інших рівних умов її величина буде тим більшою, чим більше вона була в момент вильоту кулі з каналу ствола.

Більшість моделей пневматичної зброї конструюється з таким розрахунком, щоб забезпечити початкову швидкість кулі 140-170 м / сек. За експериментальними даними А. І. Устінова [7], швидкість кулі близько 100 м / сек достатня для нанесення людині проникаючих поранень, причому така дія кулі практично мало залежить від її форми і ваги, а отже, і кінетичної енергії, яку вона має при цій швидкості і певній вазі. Ці дані підтверджують можливість нанесення людині небезпечних для життя ушкоджень кулями пневматичної зброї.

Морфологічними проявами ушкоджень із пневматичної зброї є:

- переважно сліпий і дотичний характер поранень;
- мінімальні розміри дефекту тканини; відсутність розривів по краях ушкоджень;
- слабка вираженість штамп-відбитка дульного кінця зброї при пострілі в притул;
- мінімальна інтенсивність відкладень частинок металу;
- невелика кількість і слабка ступінь фіксації частинок металу на перешкоді.

По тяжкості шкоди здоров'ю ушкодження з пневматичної зброї розподілилися наступним чином:

- легка шкода - 79,6%;
- середня шкода - 4,5%;
- тяжка шкода - 15,9%.

Судово-медична експертиза ушкоджень з пневматичної зброї, є актуальною і складним завданням судової медицини, що підтверджується подіями останніх років, коли, у зв'язку з широким розповсюдженням пневматичної зброї серед цивільного населення різних країн, спостерігається суттєве зростання кількості злочинів, пов'язаних з її застосуванням та потребує подальшого удосконалення методик дослідження.

#### Список використаних джерел

1. Белкін Р.С. Криміналістика: проблеми, тенденції, перспективи від теорії до практики. - М.: Инфра, 2006.
2. Бертовський Л.Ф. Робота слідчих з об'єктами на місці їх

виявлення / Л.Ф. Бертовській // Законність. - 2009.

3. Возгрин І.А. Криміналістична методика. - М.: Юридична література, 2003.

4. Дворкін А.Д. "Стрільба з пневматичних гвинтівків". - М., 1986.

5. Русаков М.Н. Криміналістичне дослідження зброї і слідів його застосування: навч. Посібник Омськ, 1981;

6. Ручкін А.В, військово-промислового сліди його застосування. Криміналістичне вчення М. 2003;

7. Устинов. А. І. Криміналістичне дослідження пневматичної зброї. М., 1971.

**Ергард Наталія Миколаївна**  
кандидат медичних наук (PhD),  
юрист, доцент кафедри судової  
медицини та медичного права  
Національного медичного  
університету імені О.О.Богомольця

### **ВИЗНАЧЕННЯ ВІДСОТКУ ВТРАТИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ПРИ ПРОВЕДЕННІ СУДОВО- МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ: ПРОБЛЕМНІ ПРАВОВІ ПИТАННЯ**

Судово-медична експертиза потерпілих, обвинувачених, підозрюваних та інших осіб займає одне з провідних місць в роботі судово-медичного експерта та дозволяє встановлювати ступінь тяжкості тілесних ушкоджень не лише за тривалістю розладу здоров'я, але й визначати втрату загальної працездатності, що допомагає органам досудового розслідування у розслідуванні злочинів, спрямованих проти життя та здоров'я населення України.

Встановлення втрати загальної працездатності під час проведення судово-медичної експертизи особи проводиться у випадках визначення наслідків перенесених травм. В залежності від ступеня вираженості патологічних змін, які настали лише внаслідок отриманої раніше травми встановлюється розмір втрати загальної працездатності за умов об'єктивного підтвердження травми органу чи порушення його функції. Іноді порушення функції органу відбувається не внаслідок перенесеної травми, а порушена раніше в результаті будь-якого захворювання. Тому судово-медичний

1) які вчинили діяння, передбачені статтями Особливої частини КК Республіки Казахстан, в стані неосудності;

2) у яких після скоєння кримінального правопорушення настав психічний розлад, що робить неможливим призначення або виконання покарання;

3) які вчинили кримінальне правопорушення і страждають психічними розладами, що не виключають осудності.

Підстави призначення примусових заходів медичного характеру, що містяться в п. 1-3, ч. 1, ст. 91 КК Республіки Казахстан аналогічні таким, що містяться в ст. 93 КК України [2, ст. 93]. Але на відміну від КК України, в ч. 1, ст. 91 КК Республіки Казахстан є ще дві підстави для призначення таких заходів. Так, в п. 4 передбачено призначення примусових заходів медичного характеру особам, які вчинили кримінальне правопорушення і потребують лікуванні від алкоголізму, наркоманії або токсикоманії. У п. 5, призначенню примусових заходів медичного характеру підлягають особи старше вісімнадцяти років, які вчинили кримінальне правопорушення проти статевої недоторканності неповнолітніх. Тобто, підстави застосування примусових заходів медичного характеру в КК Республіки Казахстан, охоплюють ширше коло осіб та суспільно небезпечних діянь, в порівнянні з КК України, що, на думку авторів, робить такі заходи ефективнішими.

Беручи до уваги суспільну небезпечність осіб означених в п. 4, 5. ст. 91 КК РК та напружену криміногенну обстановку, автори позитивно оцінюють таку норму КК РК. У зв'язку з цим, автори пропонують внести зміни до ст. 93 КК України, доповнивши її пунктом 4 та 5 виклавши її в наступні редакції:

4) які вчинили кримінальне правопорушення і потребують лікуванні від алкоголізму, наркоманії або токсикоманії;

5) старше вісімнадцяти років, які вчинили кримінальне правопорушення проти статевої недоторканності неповнолітніх.

Проведене дослідження дозволило авторам дійти наступних висновків:

Примусові заходи медичного характеру можна характеризувати як різновид заходів, яким властивий кримінально-правовий характер.

Правовою основою застосування примусових заходів медичного характеру є певні підстави, які потребують більш конкретного визначення в законодавстві України.



небезпечних діянь, що вчиняються особами, які страждають зазначеними захворюваннями, не зменшується.

Ось чому проблема застосування примусових заходів медичного характеру потребує поглибленої наукової розробки з метою вдосконалення чинного законодавства, поліпшення організаційного, методичного, інформаційного, кадрового та іншого забезпечення реалізації всього потенціалу даного кримінально-правового заходу.

Тенденція збільшення кількості психічних розладів в сучасному соціумі обумовлена зростанням стресових факторів, які впливають на емоційний стан людини. До них, перш за все слід віднести такі явища в суспільстві як економічна криза, погіршення умов життя, незадовільна екологічна ситуація, зростання кількості техногенних аварій і природних катастроф. Не можна ігнорувати воєнні дії, що призводять до збільшення кількості біженців та переселенців та їх невлаштованість в повсякденному житті. Характерне для сьогодення порушення прав і свобод психічно хворих породжується економічними чинниками, а саме фінансовою неспроможністю держави утримувати психіатричні установи, які всі без винятку перебувають у її власності. Брак коштів в державному бюджеті призводить до незадовільного санітарно-терапевтичного забезпечення і харчування хворих, низьких заробітних плат лікарів, небажання належним чином здійснювати свої професійні обов'язки, неможливості оплатити комунальні послуги. Значне скорочення кількості ліжок у психіатричних закладах із загальнодержавною тенденцією до постійного збільшення кількості психічно хворих призводить до перевантаження стаціонарів.

З метою виправлення описаної ситуації, на думку авторів, є необхідність вдосконалення кримінального законодавства України. Зокрема, це стосується підстав призначення примусових заходів медичного характеру, які варто конкретизувати у вигляді вичерпного переліку, але ширшого кола діянь. Автори пропонують продемонструвати це на прикладі порівняльного аналізу кримінального законодавства України та Республіки Казахстан. Підстави застосування примусових заходів медичного характеру в Республіці Казахстан визначає ст. 91. КК Республіки Казахстан [1, ст. 91]. Примусові заходи медичного характеру можуть бути призначені судом особам:

експерт повинен визначити причинно-наслідковий зв'язок між отриманою травмою та порушенням функції органу [1].

При встановленні втрати загальної працездатності судово-медичний експерт визначає відсоток порушення функції органу та системи. Так, наприклад, перелом одного ребра без ушкодження внутрішніх органів відповідає 5% втрати загальної працездатності, перелом кожного наступного ребра оцінюється в 3%. Таким чином, перелом одного ребра без ушкодження внутрішніх органів відповідає легким тілесним ушкодженням, однак, якщо потерпіла особа отримує переломи 5 ребер, то дані ушкодження будуть відповідати тілесним ушкодженням середнього ступеня тяжкості за критерієм втрати загальної працездатності. Отже, за цим критерієм тілесні ушкодження можуть перейти від одного ступеня до іншого [1, 2].

При встановленні відсотку загальної працездатності всі Бюро судово-медичної експертизи в Україні і дотепер керуються «Інструкцією о порядке организации и проведения врачебно-страховой экспертизы, утвержденной Министерством Финансов СССР Главным управлением государственного страхования СССР, 1986 год, Москва» (надалі – Інструкція), що втратила чинність ще з моменту становлення незалежності України, тобто у 1991 році [2].

Тут постає правове питання: чи є легітимним встановлення відсотку загальної працездатності потерпілої особи, якщо Інструкція втратила чинність? В більшості Бюро судово-медичної експертизи експерти посилаючись на цю Інструкцію пишуть так: «Інструкція № 2 ...», не вказуючи її повної назви та вихідних даних.

Розроблення нормативно-правової бази для проведення судово-медичної експертизи є виключною компетенцією ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи» МОЗ України. Однак численні звернення судово-медичних експертів до них з вимогою привести у відповідність до чинного законодавства України цієї Інструкції були відхилені.

Варто зазначити, що ступінь тяжкості тілесних ушкоджень у потерпілої особи, яка, наприклад, отримала травму опорно-рухової системи, наслідками якої можуть бути деформація кісток та порушення об'єму рухів в суглобах внаслідок чого порушується її хода, в даному випадку можна визначити лише за критерієм втрати загальної працездатності у відсотках. Однак, визначати відсоток

загальної працездатності, посиляючись на Інструкцію, яка втратила чинність є неприпустимим.

Такі дії судово-медичного експерта може бути розцінено в суді як необ'єктивність встановлення ступеня тілесних ушкоджень та дати підстави злочинцю, який спричинив ушкодження потерпілій особі, уникнути кримінальної відповідальності.

Отже, варто зазначити, що таких випадків в судово-медичній практиці стає надалі більше, і встановлення ступеню тяжкості тілесних ушкоджень за критерієм втрати загальної працездатності посиляючись на Інструкцію, яка втратила чинність, дозволяє злочинцям уникати покарання внаслідок визнання недопустимими доказів, отриманих у такий спосіб.

### Список використаних джерел

1. Ергард Н.М. Проблемні правові питання визначення відсотку втрати загальної працездатності при проведенні судово-медичної експертизи : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. [«Актуальні проблеми криміналістики та судової експертології»], (Київ, 22 листоп. 2018 р.) – М-во внутр.справ України, НАВС, ННПФЕКП № 2. – Київ, 2018 – С. 138-140

2. Инструкция о порядке организации и проведения врачебно-страховой экспертизы / Мин.-во Фин. СССР: Главное управление государственного страхования СССР. – М.: «Финансы и статистика», 1986. – 109 с.

захисті суспільства від можливих небезпечних дій з їх боку. Ця точка зору знайшла своє відображення в більшості робіт з кримінального права. Однак сутність правових заходів полягає не тільки у безпеці та захисті, але в тих правообмеженнях, які становлять сутність таких заходів.

З самої назви «примусові заходи медичного характеру» зрозуміло, що вони є примусовими, тобто призначаються, застосовуються незалежно від бажання хворого або його родичів. Примусові заходи медичного характеру полягають в примусовому лікуванні психічно хворих осіб, які вчинили кримінально-протиправні діяння і які становлять небезпеку для себе або інших осіб, а отже вони характеризуються двоєдиною лікувально-попереджувальною метою. З одного боку, їх застосування захищає інтереси хворого, оскільки реалізація цих заходів спрямована на лікування або поліпшення її психічного стану. З іншого боку, застосування примусових заходів медичного характеру здійснюється в інтересах суспільства, так як ці заходи спрямовані на запобігання нових кримінально-протиправних дій з боку психічно хворих осіб. Фактично, лікувальна мета примусових заходів медичного характеру виступає засобом досягнення правової мети, яка полягає в створенні громадської безпеки. Примусові заходи медичного характеру, що застосовуються у сфері кримінального судочинства, є комплексним кримінально-правовим і кримінально-процесуальним інститутом права.

Проблема вдосконалення інституту застосування примусових заходів медичного характеру є однією з найбільш актуальних для науки кримінального права. Вона торкається багатьох сфер суспільного життя в усіх країнах світу. З нею пов'язано вирішення комплексу соціальних, медичних та правових питань. Цілком закономірний інтерес до цієї проблеми вчених і практиків різних спеціальностей: соціологів, психологів, педагогів, психіатрів, юристів. Це зумовлюється наступними: по-перше, тим, що громадський і науково-технічний прогрес висуває підвищені вимоги до психологічної стабільності, соматичного і психічного здоров'я людини; по-друге, тим, що і в Україні, і в інших країнах світу спостерігається зростання кількості душевнохворих, хворих на наркоманію, алкоголізм, несприятлива тенденція до поширення даних захворювань як в середовищі засуджених, так і серед населення; по-третє, тим, що число злочинів або суспільно

Національного медичного університету, 2013, №2. С.464-467.

4. Михайличенко Б.В. Значение физиологически активных веществ в судебно-медицинском определении хронобиологических характеристик поврежденных // Судебно-медицинская экспертиза, 1991, № 3. С.48-51.

5. Ергард Н.М. Визначення ознак стрес-реакції в наднирникових залозах при механічній асфіксії внаслідок повішення // Modern advances in forensic science and expertise: international scientific conference. Ужгород, 2015.- С.16-17.

6. Варуха К.В., Михайличенко Б.В. Судово-медичне встановлення менструального походження крові за характерними її компонентами. // Судово-медична експертиза, 2018, №2.- С.67-70.

**Мичко М.І.**

доктор юридичних наук, доцент  
Державний університет  
інфраструктури та технологій

#### **ЗАСТОСУВАННЯ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ: ПОРІВНЯЛЬНО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ**

Згідно з Конституцією України людина, її життя та здоров'я, честь і гідність, недоторканність та безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю (ст. 3 Конституції України ) і кожен має право на повагу до його гідності (ст. 28 Конституції України).

Чинне кримінальне й кримінально-процесуальне законодавство України передбачає об'єктивне та гуманне ставлення до інтересів осіб, які страждають на психічні розлади та вчинили суспільно небезпечні діяння. Це, в свою чергу, зумовлює необхідність застосування примусових заходів медичного характеру.

Примусові заходи медичного характеру – це заходи державного примусу, що застосовуються судом до осіб, які вчинили суспільно-небезпечні діяння в стані неосудності або в стані осудності, але захворіли до винесення вироку або під час відбування покарання на психічну хворобу, що позбавляє її можливості усвідомлювати свої дії або керувати ними повністю (тобто неосудних), або повною мірою (обмежено осудних).

Сутність примусових заходів медичного характеру полягає як у створенні безпечних умов для самих психічно хворих осіб, так і в

**Женунтий Владимир Иванович**  
кандидат юридичних наук, старший  
научный сотрудник, ведущий научный  
сотрудник отдела организации научной  
деятельности и защиты прав  
интеллектуальной собственности НАВС  
**Александренко Елена Витальевна**  
кандидат юридических наук, доцент,  
научный сотрудник лаборатории по  
проблемам криминалистического  
обеспечения и судебной экспертологии  
НИИ № 2 НАВС

#### **РАЗВИТИЕ УГОЛОВНО-ПРАВОВОЙ НОРМЫ ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА НЕЗАКОННОЕ ОБРАЩЕНИЕ С ОРУЖИЕМ, БОЕВЫМИ ПРИПАСАМИ ИЛИ ВЗРЫВЧАТЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ УКРАИНЫ**

Правовые начала наступления уголовной ответственности за нарушение правил обращения с оружием были заложены Уголовным кодексом УССР, введенном в действие с 15 сентября 1922 года (далее – УК УССР) [1, с. 450-452]. В главе VIII «Нарушение правил, охраняющих народное здравие, общественную безопасность и публичный порядок» кодекса была включена ст. 220, предусматривавшая уголовное наказание в виде принудительных работ за хранение огнестрельного оружия без надлежащего разрешения [1, с. 495 ].

Менее чем через пять лет, с 1 июля 1927 года был введен в действие Уголовный кодекс УССР [2, с. 311]. В главу VIII «Нарушение правил, охраняющих народное здравие, общественную безопасность и публичный порядок» была включена и статья 196, предусматривающая ответственность за состав преступления, существенно отличавшийся по своей уголовно-правовой характеристике от преступного деяния, предусмотренного ст. 220 УК 1922 года. Изменения заключались в следующем: преступными, помимо хранения, признавались также изготовление, покупка или сбыт конкретных видов оружия без надлежащего разрешения; был дополнен и конкретизирован перечень предметов анализируемого состава преступления (к ним

были отнесены взрывчатые вещества, снаряды и огнестрельное оружие военного образца). Были ужесточены меры уголовно-правового реагирования: за перечисленные деяния санкцией ст. 196 было предусмотрено наказание в виде лишения свободы на срок до шести месяцев или штрафа до одной тысячи рублей [2, с. 360].

Хотя приведенная редакция ст. 196 УК УССР 1927 года с позиций сегодняшнего дня также вызывает замечания, но она была изменена и дополнена лишь с утверждением постановлением Верховного Совета Украинской ССР от 28 декабря 1960 года нового УК и введением его в действие с 1 апреля 1961 года [2, с. 738-739]. Внесенные при этом изменения и дополнения в анализируемую статью продолжают оставаться самыми существенными, являясь основой для ее дальнейшего совершенствования. Законодатель прежде всего уточнил название главы X Особенной части УК 1960 года, в которой помещалась ст. 222, как «Преступления против общественной безопасности, общественного порядка и народного здоровья», а также определил название самой ст. 222 как «Незаконное ношение, изготовление, хранение или сбыт огнестрельного либо холодного оружия или взрывчатых веществ». В результате расширения перечня и разнообразия предметов незаконного оборота, в статье были заложены правовые основания наступления уголовной ответственности за два самостоятельные однородные составы преступлений: по ч. 1 ст. 222 - за соответствующие незаконные действия с огнестрельным оружием (кроме гладкоствольного), боевых припасов к нему или взрывчатых веществ; а по ч. 2 ст. 222 – за соответствующие незаконные действия с кинжалами, финскими ножами или иным холодным оружием). Отличия наблюдались и в формах объективной стороны преступлений. Если, например, незаконным оборотом огнестрельного оружия (кроме гладкоствольного), боевых припасов к нему или взрывчатых веществ признавалось их противоправное ношение, изготовление, хранение или сбыт, то в отношении кинжалов, финских ножей или иного холодного оружия противоправными признавались лишь их изготовление, ношение и сбыт. Отличия также содержались в альтернативных видах наказаний: по ч. 1 ст. 222 устанавливалось более строгое наказание (лишение свободы на срок до двух лет или исправительные работы на срок до одного года или штраф в размере до ста рублей); тогда как за незаконное обращение с

возможную причину смерти внаслідок ниркової недостатності - вміст сечовини, креатинину, середніх молекул; при підозрі на смерть від ішемічної хвороби серця - концентрацію іонів калію і натрію у крові, перикардіальній рідині та м'язі серця, активність аспартат- і аланін-амінотрансфераз, тропоніну-Т, креатинфосфокінази, лактатдегідрогенази; при підозрі на смерть внаслідок загального переохолодження тіла - концентрацію глюкози у крові та глікогену у печінці і м'язах. Діагностика тривалості перебігу смертельної механічної травми базується на виявленні метаболічних змін в організмі [3]. Що ж стосується диференціальної діагностики життєвих і післясмертних ушкоджень та встановлення їх давності спричинення у ранній антемортальний період, то визначають концентрацію біологічно-активних речовин, серед яких мають вирішальне значення гистамін, серотонін [4], катехоламіни, біохімічні ознаки стрес-реакції у наднирниках [5]. За біохімічними дослідженнями можливо становити також приналежність біологічних слідів конкретним рідинам тіла людини. Зокрема, наявність слідів від сперми, крові, менструальної рідини [6] слину.

Наведений перелік необхідних біохімічних досліджень крові, частин органів і тканин для вирішення судово-медичних питань при судово-медичних експертизах не є повним, оскільки використання біохімічних маркерів в судово-медичній практиці є досить актуальним напрямком досліджень.

Ці дані цілком достатні для внесення змін у організаційну структуру судово-медичної лабораторії бюро судово-медичної експертизи. Безперечно, бюро судово-медичної експертизи мають мати сучасні біохімічні відділення, в яких мають вирішувати важливі експертні питання на засадах використання сучасних наукових судово-медичних знань.

#### **Список використаних джерел**

1. Закон України «Про судову експертизу» // Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1994. № 28. ст.232. Редакція від 01.01.2019 р.
2. Хохлов В.В. Судебная медицина. Руководство. Смоленск, 2003. С. 684-685.
3. Біляков А.М. Алгоритм діагностики генезу смерті та тривалості вмирання за вмістом катехоламінів в рідинах тіла в разі смертельної дії травмуючого фактору // Вісник Вінницького

питання з урахуванням сучасного стану судово-медичної науки та її досягнень. Це закріплено у преамбулі Закону України «Про судову експертизу», оскільки правосуддя має бути забезпечене «...незалежною, кваліфікованою і об'єктивною експертизою, орієнтованою на максимальне використання досягнень науки і техніки» [1].

У судово-медичній практиці застосовують різні методи досліджень, серед яких є морфологічні, цитологічні, імунологічні, цитологічні, медико-криміналістичні. Не дивлячись на поширеність гістологічного дослідження тканин для встановлення причини смерті, діагностики захворювань, зажиттєвості та давності травми, все ж таки його можливості обмежені як терміном розвитку морфологічних змін в тканинах, так і їх наявністю внаслідок захворювань, оскільки для їх прояву необхідний значний проміжок часу. Як відомо, найбільш ранніми змінами, які відбуваються в організмі людини та в тканинах як під час загострення хвороби, так і під час розвитку реакції організму чи тканин на травму, є біохімічні зміни, які можуть виступати в якості діагностичних маркерів.

Дотепер, в структурі бюро судово-медичної експертизи спеціальні лабораторії, в яких би проводили біохімічні дослідження, відсутні. За основним базовим документом, який визначає організаційну структуру та види судово-медичних експертиз, яким є Наказ №6 від 1995 р., не передбачено у відділі судово-медичної експертизи речових доказів (судово-медичній лабораторії) наявність відділення для проведення біохімічних досліджень. Однак, перелік структурних підрозділів бюро може бути змінений начальником бюро згідно виробничої необхідності.

В той же час проведення біохімічних досліджень крові, рідин тіла і різних його тканинних структур у ранні післясмертні періоди до розвитку гнильних змін мають значне орієнтовне та часом і вирішальне доказове значення для вирішення різних судово-медичних питань.

Під час судово-медичних експертиз трупів використання біохімічних досліджень дозволяє визначити причину смерті [2]. Зокрема, при підозрі на смерть від гіперглікемічної коми при цукровому діабеті, що неможливо встановити без біохімічного дослідження крові, необхідно визначати концентрацію глюкози, глікозильованого гемоглобіну, кетонів (ацетону); при підозрі на

холодным оружием могли назначаться те же виды наказаний, но более мягкие - лишение свободы на срок до одного года, а штраф – в размере до тридцати рублей. Одновременно в ч. 2 ст. 222 устанавливалась ответственность за совершение деяний, предусмотренных частями 1 и 2 статьи, особо опасным рецидивистом [2, с. 810-811].

Менее чем через три месяца со дня вступления УК УССР 1960 года в законную силу, Указом Президиума Верховного Совета Украинской ССР «О внесении изменений и дополнений в Уголовный и Уголовно-процессуальный кодексы Украинской ССР» от 27 июня 1961 года диспозиция ч. 1 ст. 222 подверглась более широкому толкованию относительно понятия огнестрельного гладкоствольного оружия, согласно которому не признавались преступными лишь незаконное ношение, изготовление, хранение или сбыт огнестрельного гладкоствольного охотничьего оружия [2, с. 844].

На протяжении последующих сорока лет, до введения в действие с 1 сентября 2001 года нового УК Украины, в статью 222 вносились изменения и дополнения согласно Указам Президиума Верховного Совета Украинской ССР от 14 октября 1974 г., от 12 января 1983 г., и Закону Украины от 26 января 1993 г. В результате статья 222 УК 1960 г. претерпела следующие существенные изменения и дополнения. Законодатель дополнил название ст. 222 и диспозицию ее первой части такой формой объективной стороны состава преступления, как приобретение без соответствующего разрешения огнестрельного оружия и приравненных к нему предметов. Были декриминализованы действия с огнестрельным, холодным оружием и приравненными к ним предметам, совершенные без соответствующего разрешения особо опасным рецидивистом. В ч. 2 ст. 222 УК была введена поощрительная норма, предусматривавшая императивное освобождение от уголовной ответственности лица, добровольно сдавшего огнестрельное оружие, боевые припасы или взрывчатые вещества, хранившиеся у него без соответствующего разрешения. Однако, было ужесточено наказание за совершение предусмотренных чч. 1 и 3 ст. 222 преступлений [3, с. 113-114].

Последовавшие затем изменения ст. 222 УК в 1983 году (в соответствии с Указом Президиума Верховного Совета Украинской ССР от 12 января 1983 г.) и 1993 году (в соответствии с Законом

Украины от 26 января 1993 г.) сводились исключительно к ужесточению уголовного наказания за соответствующие преступления: за совершение деяний, предусмотренных ч. 1 ст. 222 УК - лишение свободы на срок от двух до семи лет; а за действия, предусмотренные ч. 3 ст. 222 - лишение свободы на срок до пяти лет или исправительные работы до двух лет [4, с.727].

В новом УК Украины 2001 года была продолжена установившаяся практика совершенствования анализируемой статьи. Подверглись заметным качественным изменениям редакция новой статьи 263 и признаки наказуемых деяний. Например, более лаконично и конкретно было изложено название ст. 263 («Незаконне поводження зі зброєю, бойовими припасами або вибуховими речовинами»). Незаконность указанных действий получила более обоснованное правовое выражение - «без передбаченого законом дозволу». Качественные изменения были внесены в диспозиции чч. 1 и 2 статьи 263 в плане расширения перечней как форм объективной стороны составов преступлений, так и их предметов. Преступными по ч. 1 ст. 263 были признаны также ремонт и передача не только огнестрельного оружия (кроме гладкоствольного охотничьего), боевых припасов или взрывчатых веществ, но и взрывчатых приспособлений без предусмотренного законом разрешения. Заложенные в УК Украины 2001 г. гуманистические начала проявились и в санкциях чч.1 и 2 ст. 263 УК (по сравнению с аналогичными в УК 1960 г.) [5, с. 182-183].

Следующие изменения и дополнения в ст. 263 УК 2001 года были внесены в соответствии с Законами Украины от 15 апреля 2008 года и от 5 июля 2012 года. Так, в ч. 2 ст. 263 были предусмотрены альтернативные виды и меры наказания (громадські роботи на строк від ста двадцяти до двохсот сорока годин або арешт на строк від трьох до шести місяців) [6, с. 481]. Кодекс был также дополнен ст. 263-1, которой предусматривалась ответственность за «незаконне виготовлення, переробка чи ремонт вогнепальної зброї або фальсифікація, незаконне видалення чи зміна її маркування, або незаконне виготовлення бойових припасів, вибухових речовин чи вибухових пристроїв». Было ужесточено наказание за совершение предусмотренного ч. 1 ст. 263 преступления – лишение свободы на срок от трех до семи лет [7, с. 141]. К сожалению, привести детальный анализ эволюции анализируемой уголовно-правовой нормы не представляется

бінокулярного мікроскопу у прохідному світлі із збільшенням окуляр – x10; об'єктив – x100, та використанням масляної імерсії.

Таким чином, дана методика забезпечує забарвлення цитоплазми у світло-голубий колір, ядра клітин та їх клітинну стінку у слабкий червоно-фіолетовий.

#### **Список використаних джерел**

1. К вопросу исследования на диатомовый планктон и псевдопланктон / [Н. В. 1. Хлуднева, В. И. Лысый, В. И. Чикун та ін.]. // Актуальные вопросы теории и практики судебно-медицинской экспертизы. Красноярск. – 2007. – №5. – С. 207.

2. Алтаева А. Ж. Усовершенствование методики обнаружения диатомового планктона в трупе при экспертизе утопления / А. Ж. Алтаева, Ф. А. Галицкий, А. Ш. Айдакулов. // Судебно-медицинская экспертиза. – 2013. – №56. – С. 35–38.

3. Методики морфологічних досліджень / [М. М. Багрій, В. А. Діброва, О. Г. Поподинець та ін.]. – Вінниця, 2016. – С. 174 – 175 . – (Нова книга).

**Михайличенко Борис Валентинович**  
доктор медичних наук, професор,  
завідуючий кафедри судової медицини  
та медичного права Національного  
медичного університету  
імені О.О.Богомольця  
**Бондар Станіслав Степанович**  
кандидат медичних наук,  
доцент кафедри судової медицини та  
медичного права Національного  
медичного університету  
імені О.О.Богомольця

#### **СТВОРЕННЯ БІОХІМІЧНИХ ВІДДІЛЕНЬ У СТРУКТУРІ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЛАБОРАТОРІЇ - АКТУАЛЬНА ВИМОГА ЧАСУ**

Під час проведення судово-медичної експертизи різних її об'єктів – трупів, потерпілих, звинувачуваних та інших осіб, речових доказів біологічного походження відповідно до потреб правоохоронних органів та судочинства мають бути вирішені різні

подальшим приготуванням мінералізату та мікроскопічним його дослідженням. У підсумках даної роботи достовірно встановлено можливість проникнення діатомового планктону, розміри якого не перевищують 50 мкм, у перикардіальну рідину. Виявлення діатомового планктону у біологічних рідинах та порожнинах тіла має значні переваги над традиційним пергідрольним методом дослідження мінералізату, оскільки в ході мінералізації тканин підлягають знищенню також дрібні, найбільш цінні у діагностичному відношенні види діатомового планктону.

При забарвленні гістологічних зрізів азур II еозином недекальцинованих об'єктів [3], використовували фарбування поліхромним барвником, при цьому тривалість зафарбування визначається доти, поки будуть відходити грубі хмаринки синього барвника (азуру) та зріз злегка порожевіє. Такі зрізи повинні бути дещо перефарбовані - темно сині, а диференціація структури клітин відбувається швидко, що є перевагою даної методики. Проте, не завжди різні тканини проявляються з однаковою швидкістю, що потребує додаткових затрат часу. Тому нами запропоновано забарвлювати осадову рідину для ідентифікації діатомового планктону у легенях та ін. структурах трупа утопленника, зразках прісної і морської води впродовж 18 хвилин, що є оптимальним для виявлення даного класу водоростей та визначення причини смерті.

Запропонована методика здійснюється наступним чином: досліджувану рідину переливають у колбу ємністю 50 мл і заливають 10% оцтовою кислотою у співвідношенні 1:1. Отриману суміш наливають у центрифужну пробірку та урівноважують її на вагах. Центрифугують протягом 10хв. при 1500 об/хв. Із пробірки 2/3 надосадової рідини відбирають піпеткою. Осад заливають новою порцією 10% оцтової кислоти у співвідношенні 1:4 (1 частина осаду до 4 частин кислоти), урівноважують та знову центрифугують. З отриманого осаду, у кількості 1 мл, готують препарат у вигляді крапель на предметному склі, діаметром 1,0 см. Препарат висушують при кімнатній температурі під витяжною шафою та фіксують метанолом протягом 10хв. Забарвлюють поліхромним барвником азур I-еозином та розчином метиленового синього протягом 18 хвилин. Після цього барвник зливають, препарати промивають водою і висушують на повітрі у вертикальному положенні. Досліджують за допомогою

возможным ввиду ограниченного объема материалов. Эта работа будет продолжена и станет предметом рассмотрения в дальнейших наших публикациях.

#### Список использованных источников

1. Борьба с преступностью в Украинской ССР. Том первый. 1917-1925 гг. // Автор очерка и составитель сборника документов профессор П. П. Михайленко. – Киев: МООП УССР. Высшая школа, 1966. – 831 с.
2. Борьба с преступностью в Украинской ССР. Том второй. 1926-1967 гг. // Автор очерка и составитель сборника документов профессор П. П. Михайленко. – Киев: МООП УССР. Киевская Высшая школа, 1967. – 952 с.
3. Уголовный кодекс Украинской ССР. Официальный текст с изменениями и дополнениями на 1 января 1975 года и постановочными материалами. – Киев: Политиздат Украины, 1975. – 368 с.
4. Кримінальний кодекс України: науково-практичний коментар: (за станом кримінального законодавства та постанов Пленуму Верховного Суду України на 25 жовтня 1995 р.) / Відп. ред.: В. І. Шакун та С. С. Яценко. – К.: «Фіта», 1996. – 864 с.
5. Кримінальний кодекс України: Офіц. видання. – К. : Видавничий Дім «Ін Юре», 2001. – 400 с.
6. Кримінальний кодекс України: Науково-практичний коментар. Видання сьоме, перероблене та доповнене / Відп. ред. Є. Л. Стрельцов. – Х.: Одиссей, 2011. – 824 с.
7. Кримінальний кодекс України: чинне законодавство зі змінами та допов. станом на 2 серпня 2018 року (офіц. текст). – К.: ПАЛИВОДА А.В., 2018. – 264 с.

**Катеринчук Катерина Володимирівна**  
кандидат юридичних наук, доцент,  
доцент кафедри спеціально-правових  
дисциплін Навчально-наукового  
гуманітарного інституту  
Таврійського національного  
університету імені В. І. Вернадського

### **ПРОБЛЕМИ ОЦІНКИ СТІЙКОЇ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ**

Конституція України проголошує найвищою соціальною цінністю крім життя ще й здоров'я особи (ст. 3) та покладає на державу обов'язок забезпечувати їх охорону (ст. 49) всіма правовими засобами (цивільне право, трудове право, адміністративне право та ін.). Конституція України є Основним Законом нашої держави, на якому ґрунтуються всі без винятку закони та інші нормативно-правові акти, не є виключенням і Кримінальний кодекс України (далі – КК України).

В ст. 121 КК України визначені ознаки умисного тяжкого тілесного ушкодження. Однією з ознак, що не в достатній мірі конкретизована законодавцем, є інший розлад здоров'я, поєднаний зі стійкою втратою працездатності не менш як на одну третину. Під розладом здоров'я належить розуміти безпосередньо пов'язаний з ушкодженням послідовно розвинутий хворобливий процес (п. 2.1.6 Правил судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесного ушкодження (далі – Правила). Розлад здоров'я, як наслідок будь-якого тілесного ушкодження може бути у осіб, які працюють та і у тих, що не працюють (не працевлаштовані, діти, пенсіонери, інваліди та інші).

В диспозиціях ст.ст. 121, 122, 125 КК України зазначається про стійку втрату працездатності. Проте, необхідно пам'ятати, що працездатність буває загальною та професійною. В даних статтях не уточнюється, про втрату якої саме працездатності йдеться, що в результаті викликає безліч дискусій. Загальна працездатність – це «здатність людини до самообслуговування або виконувати некваліфіковану роботу в звичайних умовах життя» [1, с. 109]. «Професійна працездатність – це здатність даного працівника до роботи за своєю професією (фахом)» [2, с. 201]. Отже, у випадку спричинення тілесних ушкоджень оцінка втрати працездатності

**Ліщинська Анжела Адольфівна**  
завідувач відділення судово-  
медичної гістології ДУ «Головне  
бюро СМЕ МОЗ України»

### **СПОСІБ ЦИТОЛОГІЧНОЇ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ДІАТОМОВОГО ПЛАНКТОНУ ШЛЯХОМ ЗАБАРВЛЕННЯ ОСАДОВОЇ РІДИНИ ПОЛІХРОМНИМ БАРВНИКОМ АЗУР І - ЕОЗИНОМ ТА РОЗЧИНОМ МЕТИЛЕНОВОГО СИНЬОГО**

На даний момент на території України найбільш поширеним є пергідрольний метод підготовки вилучених фрагментів внутрішніх органів для дослідження на присутність діатомового планктону за Є.М.Губаревим в модифікації О.Є.Максимюк [1]. Діатомовий планктон включає в себе одну з найпоширеніших груп одноклітинних водоростей, які є важливою складовою фітопланктону. Дані водорості відрізняються від інших груп будовою клітинної стінки, що має вигляд кремнеземового панцира. Сам панцир включає дві половини: верхню (епітеку) та нижню (гіпотеку). Проте ідентифікація даних водоростей у складі планктону є досить складною, що потребує застосування додаткових методів цитологічного забарвлення. Досліджуваний біологічний матеріал трупа людини (тканина нирки, крайова частина печінки, легені, трубчаста кістка та ін.), що використовується для судово-медичної експертизи під час верифікації виду утоплення, швидко руйнується 33% розчином перекису водню, розчином концентрованої сірчаної кислоти з використанням кип'ятіння (декілька годин) та азотної кислоти, що є недоліком даної методики. Із мінералізату отримують осад, що досліджується шляхом мікроскопії у прохідному світлі на предмет виявлення діатомового планктону без попереднього цитологічного дослідження, а тому окремі види діатомових водоростей не вдається верифікувати.

У 2013 році у роботі Алтаєвої А.Ж. та авторів [2] запропоновано та детально описано методики дослідження незабарвлених біологічних рідин у прохідному світлі методом темного поля та фазово-контрастної мікроскопії з використанням цифрового мікроскопу. Дані дослідження проводилися шляхом вилучення крові з правого та лівого шлуночків серця, перикардіальної рідини, вмісту пазухи основної кістки черепа з



фармацевтичних працівників та медичних до кримінальної відповідальності, необхідно ознайомлювати лікарів та фармацевтів з їх правами та обов'язками, а також існуючими нормами чинного законодавства, для запобігання негативних наслідків, які можуть спричинити препарати.

#### Список використаних джерел

1. Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України [Електронний ресурс] - <http://www.dec.gov.ua/index.php/ua/>
2. Державний реєстр лікарських засобів України [Електронний ресурс] - <http://www.drlz.com.ua/>
3. Закону України від 04.04.1996 р. № 123/96-ВР «Про лікарські засоби»
4. Кримінальний кодекс України. – Вид-во: Право, 2015.- 304 с.
5. Мотлях О.І. Науково-практичний коментар Кримінального кодексу України /О.І. Мотлях. – Вид-во: ЦУЛ, 2015. – 696 с.
6. Міністерство охорони здоров'я України [Електронний ресурс] – <http://moz.gov.ua/>
7. Национальный производитель иммунобиологических препаратов в России [Електронний ресурс] – <https://www.microgen.ru/products/syvorotki/syvorotka-protivogangrenoznaya-polivalentnaya-loshadinaya-ochishchennaya-kontsentriruvannaya/>
8. Orphan Products: Hope for People With Rare Diseases [Electronic resource] // FDA, U. S. Department of Health & Human Services. – 15.03.2012. – Access:<http://www.fda.gov/Drugs/ResourcesForYou/Consumers/ucm143563>

можлива лише стосовно загальної працездатності, бо вона однакова щодо всіх. Втрата професійної та (або) фахової працездатності, визначається в цивільно-правових відносинах та буде в кожній особі різною, оскільки ці особи володіють різними професіями (спеціальностями).

Щодо втрати загальної непрацездатності, то вона обов'язково повинна бути стійкою (постійною). Правила визначають її як необоротну втрату функції, котра повністю не відновлюється.

В науковій літературі визначається, що «професійна працездатність береться до уваги лише тоді, коли умисел винного спрямовано на те, щоб позбавити потерпілого саме професійної працездатності» [3, с. 170]. Модельний Кримінальний кодекс також визначає одну з ознак – свідомо для винного повна втрата професійної працездатності (ст. 119. Спричинення тяжкої шкоди здоров'ю) [4]. Чинний КК України та Правила, якими керуються судово-медичні експерти, такої ознаки не передбачають. Однак, є певні неточності в самій термінології, а саме, точніше було б цю ознаку викласти в такій редакції «стійка повна втрата професійної працездатності». Крім того, якщо припустити, що втрата професійної працездатності, як і загальної, є ознакою тяжкого тілесного ушкодження, то у випадку умисного заподіяння перелому пальців рук піаністу (скрипалю та ін.) для унеможливлення у подальшому здійснювати професійні функції, ці ушкодження будуть кваліфікуватися за ст. 121 КК України. В такому випадку, чинне законодавство не надає повноважень судово-медичним експертам визначати втрату професійної працездатності, такі функції покладаються на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК), які, в свою чергу, не мають права визначати ступінь тяжкості тілесних ушкоджень.

Отже, аналіз спеціальної літератури та чинного законодавства дає підстави зробити висновок, що в КК України потрібно конкретизувати критерій «стійка втрата працездатності» щодо загальної працездатності при визначенні ступеня тяжкості тілесних ушкоджень.

#### Список використаних джерел

1. Завальнюк А.Х. Судова медицина: тлумачний термінологічний довідник. Тернопіль: ТДМУ, 2016. 348 с.
2. Митрофанов І.І., Лінов В.М. Тілесні ушкодження

(кримінально-правові та медичні аспекти): навч. посіб. Кременчук: Вид. ПП Щербатих О. В., 2010. 256 с.

3. Навроцький В. О. Кримінальне право України. Особлива частина: курс лекцій. Київ: Т-во «Знання», КОО, 2000. 771 с.

4. Модельный Уголовный кодекс (с изменениями на 16 нояб. 2006 г.), принят на седьмом пленарном заседании Межпарламентской Ассамблеи государств – участников Содружества Независимых Государств (постановление № 7-5 от 17 февр. 1996 г.). URL: <http://docs.cntd.ru/document/901781490>.

**Качан Євгенія Олегівна**

студентка юридичного факультету  
ПВНЗ «Фінансово-правовий  
коледж»

**Науковий керівник** - викладач,  
кандидат юридичних наук

**Кравченко Михайло Георгійович**  
кафедра правознавства  
ПВНЗ «Фінансово-правовий  
коледж»

## **ПРОБЛЕМНЕ ПИТАННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА НА СМЕРТЬ В УКРАЇНІ**

Законодавство України закріплює широкий перелік прав та свобод, які належать кожній людині. Проте, головним і фундаментальним із них є саме право на життя.

Загально визнано, що право на життя є природним правом людини, яке не може бути обмежене будь-якими нормативно-правовими актами. Це універсальне, невід'ємне, найголовніше право, що має абсолютну цінність. Воно є першоосною усіх інших прав та задекларовано найвищою правовою нормою для суспільства. У разі його втрати всі інші права втрачають свій сенс і значення.

Це право закріплене у багатьох міжнародних договорах та у ст. 27 Конституції України[1]. Однак, на рівні законодавства України залишається значна кількість не вирішених питань, які, безпосередньо, стосуються реалізації права на життя. Мова йде про право на смерть.

Евтаназія або “Чи повинно бути право на смерть”?

140. - Неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником.

1. 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, - карається позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до п'яти років або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до двох років, або позбавленням волі на той самий строк.

2. Те саме діяння, якщо воно спричинило тяжкі наслідки неповнолітньому, - карається обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

Використання лікарських засобів, які не є зареєстровані в Україні на пацієнтах відповідно Ст. 141. Порушення прав пацієнта - Проведення клінічних випробувань лікарських засобів без письмової згоди пацієнта або його законного представника, або стосовно неповнолітнього чи недієздатного, якщо ці дії спричинили смерть пацієнта або інші тяжкі наслідки, - карається обмеженням волі на строк від трьох до п'яти років або позбавленням волі на той самий строк. А також можуть порушувати права людини відповідно Ст. 142. Незаконне проведення дослідів над людиною.

1. Незаконне проведення медико-біологічних, психологічних або інших дослідів над людиною, якщо це створювало небезпеку для її життя чи здоров'я, - карається штрафом до двохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до чотирьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

2. Дії, передбачені частиною першою цієї статті, вчинені щодо неповнолітнього, двох або більше осіб, шляхом примушування або обману, а так само якщо вони спричинили тривалий розлад здоров'я потерпілого, - караються обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на той самий строк, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

Таким чином, з метою запобігання притягнення

захворювання тощо за окремим рішенням центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я дозволяється ввезення незареєстрованих в Україні лікарських засобів зарубіжних країн за наявності документів, що підтверджують їх реєстрацію і використання в цих країнах. Також, за окремим рішенням центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, дозволяється ввезення незареєстрованих в Україні лікарських засобів іноземних держав з метою медичного забезпечення (медичного застосування) військовослужбовців та осіб рядового і начальницького складу, які виконують завдання під час проведення антитерористичної операції, під час дії надзвичайного стану, особливого періоду, за наявності документів, що підтверджують реєстрацію і використання лікарських засобів у таких державах.

Дана частина закону, дозволяє використання незареєстрованих лікарських засобів для військовослужбовців у зоні АТО. Одним із таких препаратів стала "Сыворотка противогангренозная поливалентная лошадиная очищенная концентрированная жидкая" виробник: Микроген НПО ФГУП (НПО «Биомед») (Росія), яка мала активне використання в зоні бойових дій, запобігаючи розвитку гангрен, оскільки являється єдиним із доступних лікарських засобів, що можна використати при даному захворюванні. Проте даний препарат не містить детальних даних про фармакокінетику, фармакодинаміку, відсутні дані про побічні дії, та взагалі відсутня інформація щодо протипоказання, що може вказувати, на недостатнє вивчення дії препарату.

Рекомендації щодо лікування, незареєстрованими лікарськими засобами від осіб, які не мають медичну освіту відповідно Ст. 138. - Незаконна лікувальна діяльність. Заняття лікувальною діяльністю без спеціального дозволу, здійснюване особою, яка не має належної медичної освіти, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого, - карається виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років, або позбавленням волі на строк до трьох років. Можуть розглядатись, як незаконні дії відносно людини, і відповідно призначення лікарських засобів, які не входять в лікарський реєстр, будуть трактуватись, як незаконна лікарська діяльність.

Продаж лікарського засобу, який незареєстрований в Україні, та призначення даного препарату можуть трактуватись відповідно Ст.

Право на смерть розглядається як можливість (свобода) людини свідомо та добровільно у обраний нею час піти з життя обраним нею та доступним для неї шляхом. Право на смерть складається з таких основних елементів: права на самогубство та права на застосування евтаназії.

Евтаназія - це припинення життя невиліковно хворої людини, яка відчуває сильні страждання. Є два види евтаназії: пасивна, коли лікарі перестають підтримувати здоров'я вмираючого, і активна, коли хворому вводять смертельну дозу ліків. Крім того, евтаназія буває добровільною, коли проводиться на прохання пацієнта, і недобровільно, якщо людина знаходиться в несвідомому стані і за нього рішення приймають інші люди, наприклад, родичі.

На сьогодні, лише окремі країни світу дозволяють евтаназію.

У квітні 2001 року Нідерланди стали першою країною, що легалізувала евтаназію. Але законодавці наклали суворі умови виконання процедури: пацієнт повинен страждати від нестерпного болю, хвороба повинна бути невиліковною, бажання повинно бути озвучено людиною, що знаходиться в повній свідомості. За даними Королівської медичної асоціації в Нідерландах в 2016 року 6 091 осіб отримали смертельну дозу ліків під наглядом лікаря.

Також у п'яти штатах США доктора мають право призначати летальні дози ліків смертельно хворим пацієнтам. Першим штатом США, де легалізували процедуру, став Орегон - в 1997 році там дозволили пацієнтам в термінальній стадії хвороби отримувати рецепти на летальні медикаменти. Трохи більше десяти років тому, процедуру дозволили спочатку у Вашингтоні, потім у Вермонті, Монтані і Нью-Мексико.

В Україні евтаназія прямо заборонена ч. 4 статті 281 Цивільного кодексу: «Забороняється задоволення прохання фізичної особи про припинення її життя». Будь-яка форма евтаназії в нашій країні вважається вбивством і переслідується по закону [3].

Громадська думка з приводу припинення життя невиліковно хворим пацієнтам поступово змінюється. Згідно з дослідженнями Інституту Горшеніна, в 2007 році евтаназію категорично не підтримували 52,3% опитаних, до 2009 року ця цифра знизилася до 40,1%, а в 2011 виступали проти лише 37,1% опитаних. На сайтах Кабміну і Президента України навіть було зареєстровано вісім петицій до вимог легалізувати процедуру відходу з життя невиліковно хворих, але жодна з них не зібрала понад 305-ти

голосів.

У 2010 році проблему евтаназії намагалися вирішити законодавчо. Народний депутат Мойсик подав у Раду законопроект, пропонуючи пом'якшити відповідальність за вбивство, якщо воно вчинене з співчуття до невиліковно хворої людини на його прохання. Верховний Суд України, розглянувши проект, визнав, що Верховна Рада не може розглянути його через суперечності нормам Конституції і розмитості формулювань. Більше тему легалізації евтаназії в Раді ніхто не торкався.

На мій погляд, питання легалізації евтаназії є досить суперечливим, а тому існують багато аргументів «за» і «проти» неї. Однак, незмінним є той факт, що евтаназія, як явище, існує в світі та в подальшому розвитку суспільної свідомості ця тема буде підійматись дедалі частіше й в Україні.

#### Список використаних джерел

1. Конституція України від 28.06.1996 р. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>.
2. Eutanazja w dyskusji / Morciniec P. (red.), Opolska Biblioteka Teologiczna, Opole 2001.
3. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15>.
4. Анікіна Г.В. Перспективи легалізації евтаназії в Україні. *Форум права*. 2009-3.С.25-34.

застосовуються для лікування. Була опрацьована правова література, основним джерелом якої була конституція України та кримінальний кодекс України.

Обговорення. Відповідно Закону України від 04.04.1996 р. № 123/96-ВР «Про лікарські засоби» в Ст. 17. Порядок ввезення в Україну лікарських засобів, розглянуто питання, яким чином лікарський засіб може потрапити в Україну.

Встановлений порядок для ввезення незареєстрованих лікарських засобів на митну територію України з метою:

Реекспорт лікарських засобів:

- проведення доклінічних дослідження, фармацевтичної розробки і клінічних випробувань;
- реєстрації лікарських засобів в Україні (зразки препаратів у лікарських формах);
- експонування на виставках, ярмарках, конференціях тощо без права реалізації;
- медичного забезпечення (без права реалізації) підрозділів збройних сил інших держав, які відповідно до закону допущені на територію України;
- лікування рідкісних (орфанних) захворювань за рішенням центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Це положення стосується лише лікарських засобів, розроблених виключно для лікування рідкісних (орфанних) захворювань, які в установленому порядку допущені до застосування на території Сполучених Штатів Америки або держав — членів Європейського Союзу, незалежно від того, чи зареєстровані вони як лікарські засоби компетентними органами Сполучених Штатів Америки або Європейського Союзу;
- індивідуального використання громадянами.

Останній підпункт має важливе значення, в сучасній медицині, оскільки відомо, що деякі захворювання маючи резистентність, або побічні дії до препаратів які використовуються в Україні, потребують індивідуального лікування, і під контролем лікаря можуть реалізовувати незареєстровані лікарські препарати. Якщо доцільність використання була доведена лікарем, і пацієнту потрібне лікування, яке не входить до сучасних протоколів, які використовують в Україні, то дана схема лікування, відповідно закону, може реалізовуватися.

У випадках стихійного лиха, катастроф, епідемічного

3. Прімбс Штефан «Соціальні медіа для журналістів. Редакційна робота з Facebook, Twitter & Co» / За загал. ред. В. Ф. Іванова, Пер. з нім. В. Климченко. — Київ: Академія української преси, Центр вільної преси, 2018. — 198 с.

4. Фолькер Лілієнталь «Розслідування» / Пер. з нім. В. Климченко. Київ: Центр вільної преси, 2016. — 135 с.

**Косенко Богдана Тимофіївна**  
студентка Національного медичного  
університету імені О.О. Богомольця  
**Науковий керівник** – асистент  
**Ткаченко Олександр Петрович**  
Кафедра клінічної фармакології та  
клінічної фармації Національного  
медичного університету  
імені О. О. Богомольця

#### **ПРАВОВІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ НЕЗАРЕЄСТРОВАНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ**

Актуальність теми. Велика кількість медичних препаратів використовується в медичних закладах України, не зважаючи на заборону продажі, через відсутність ліцензії в Україні. Деякі лікарські засоби незаконно потрапляють на прилавок і реалізуються, оскільки мають попит серед пацієнтів. І тому можливі побічні дії, а також летальні наслідки, що можуть бути пов'язані із використанням засобів які не є офіційно визнанні в Україні.

Мета дослідження: Обробка сучасної літератури, сучасних досліджень для виявлення найбільш доцільного способу вирішення даної проблеми. Опрацювання медико-правових аспектів для забезпечення правового захисту медичних працівників, та пацієнтів.

Матеріали та методи дослідження: Під час проведення наукової роботи була опрацьована сучасна література, сучасні дослідження про безпечність та ефективність лікування різними засобами, які заборонені, але використовуються у медичній практиці. Посилаючись на сучасні дослідження були виявлені найбільш ефективні та безпечні тактики ведення хворих, виявленні частота і наявність побічної дії більшості лікарських препаратів, які

**Ковалевська Євгенія**  
кандидат юридичних наук,  
викладач кафедри судової медицини  
та медичного права Національного  
медичного університету імені О.О.  
Богомольця  
**Семенов В. В.**  
кандидат юридичних наук, доцент,  
доцент кафедри криміналістики та  
судової медицини Національної  
академії внутрішніх справ

#### **ВАЖЛИВІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ СПЕЦІАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ЗНАТЬ ПІД ЧАС РОЗСЛІДУВАННЯ ЗЛОЧИНІВ ВЧИНЕНИХ МЕДИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ**

Одним із основних завдань кримінального провадження, яке визначене в ст. 2 Кримінального процесуального кодексу України (КПК), є забезпечення швидкого, повного та неупередженого розслідування і судового розгляду з тим, щоб кожний, хто вчинив кримінальне правопорушення, був притягнутий до відповідальності в міру своєї вини, жоден невинуватий не був обвинувачений або засуджений [1]. Належно організована професійна діяльність органів досудового розслідування має забезпечити виконання цього завдання.

Результат успіху розкриття та розслідування кримінальних правопорушень будь-якого виду безпосередньо залежить від своєчасної та якісної допомоги обізнаних у певній галузі знань осіб.

Необхідність використання спеціальних медичних знань при розслідуванні кримінальних правопорушень зумовлена складністю та специфікою процесу доказування, та неможливістю розслідування деяких видів кримінальних правопорушень без залучення носіїв спеціальних медичних знань. Для одержання доказів у кримінальному провадженні, органи досудового розслідування використовують професійну допомогу фахівців у галузі медицини, залучаючи їх до проведення слідчих (розшукових) дій та судово-медичних експертиз, а також отримуючи консультаційну допомогу.

З-поміж основних суб'єктів, які використовують спеціальні медичні знання, кримінальний процесуальний закон виділяє

спеціаліста та експерта в ролі яких виступають спеціаліст – медичний працівник (лікар, медична сестра, медичний брат, фельдшер) та судово-медичний експерт, тобто незацікавлених у результатах досудового розслідування осіб, які володіють спеціальними медичними знаннями та навичками, та запрошуються для участі в процесуальних діях слідчим, прокурором, судом для вирішення спеціальних питань, що виникають при розкритті і розслідуванні кримінальних правопорушень [2, с. 14–15, 223].

Слідчий, для отримання об'єктивної інформації та доказів у кримінальному провадженні, повинен використовувати винятково професійні знання фахівців у галузі медицини – спеціаліста – медичного працівника або судово-медичного експерта. Набуті під час навчання у вищих навчальних закладах знання з основ медицини та домедичної допомоги слідчий може використовувати лише для організації проведення слідчої (розшукової) дії, для вибору фахівця з необхідною спеціалізацією, кваліфікацією, освітою, досвідом роботи, для грамотного формування переліку питань, грамотного формулювання запитань до експерта або спеціаліста, але ні в якому разі не застосовувати ці знання персонально, замінюючи при цьому собою експерта або спеціаліста та/або виконуючи їх функції [3, с. 9].

Спеціальні медичні знання, які застосовуються обізнаними особами, безпосередньо у своїй структурі містять різні види медичних знань, які віднесені до галузі «охорона здоров'я» (педіатрія, акушерство та гінекологія, хірургія, гістологія, цитологія, стоматологія та ін.) [3, с. 9].

Поступовий розвиток медичної науки відкриває дедалі ширші можливості для впровадження в практику судочинства нових і все більш ефективних засобів виявлення, фіксації і дослідження доказів у межах різних слідчих (розшукових) дій, нових тактичних прийомів і методик розслідування.

Не дивлячись на те, що застосування спеціальних медичних знань можливо під час розслідування будь-якого злочину, безумовно, органи досудового розслідування найчастіше залучають фахівців у галузі медицини для розкриття злочинів проти життя та здоров'я особи [3, с. 10, 15].

Серед злочинів проти життя та здоров'я виокремлюють таку категорію кримінальних правопорушень як «медичні злочини», тобто вчинені медичними працівниками.

особи були нашивки, наклейки та інші позначки «Преса», «PRESS».

При виконанні всіх умовностей щодо визначення особи – представником ЗМІ, працівники органів виконавчої влади не можуть ставитись до особи, як до звичайного громадянина, та повинні дотримуватись вимог законодавства щодо такої особи тобто, одразу сприяти виконанню професійних обов'язків – надати необхідні матеріали та відповіді на запитання.

Зазвичай у прес-офіцерів (прес-секретарів) органів виконавчої влади є визначені порядок або інструкція по взаємодії зі ЗМІ, в якому орієнтовно містяться наступні пункти:

– Відповідно до чинного законодавства України представники ЗМІ, як і учасники судового процесу та особи, присутні на відкритому судовому засіданні, мають право вести стенограму та використовувати портативні аудіотехнічні засоби.

– Рекомендовані зразки клопотання про дозвіл на проведення фото- і кінозйомки, теле-, відео-, звукозапису розміщені на офіційному веб-сайті.

– У разі, якщо кількість представників ЗМІ, які виявили бажання акредитуватися на захід, перевищує наявну кількість місць у приміщенні, акредитація може бути припинена.

– Забезпечення представників ЗМІ інформаційними матеріалами під час заходу, що відбувається, здійснюється прес-секретарем, або особою, уповноваженою виконувати його обов'язки.

Дані пункти не зовсім є коректними і містять технічну застарілість цифрових форматів, а також можливе упереджене ставлення до представників тих чи інших видань. Тому варто тримати руку на пульсі та дізнаватись думку громадськості щодо поліпшення комунікацій.

### Список використаних джерел

1. Збірник статей Шостої міжнародної науково-методичної конференції «Практична медіаграмотність: міжнародний досвід та українські перспективи». – Київ. : Центр Вільної Преси, Академія української преси, 2018. – 244 с.

2. Йоганнес Людвіг «Інвестиґативний пошук» / Видання 3-є, перероблене / За загал. ред. В. Ф. Іванова, Пер. з нім. А. Баканов, В. Климченко. — Київ: Академія української преси, Центр вільної преси, 2017. — 266 с.

- Конституція України, прийнята 28.06.1996 року;
- Закони України «Про інформацію», «Про друковані засоби масової інформації (пресу) в Україні», «Про інформаційні агентства», «Про порядок висвітлення діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування в Україні засобами масової інформації», «Про телебачення і радіомовлення», «Про державну підтримку засобів масової інформації та соціальний захист журналістів».

Варто пам'ятати про те, що журналісти цікавляться роботою виконавчої влади не заради власної втіхи, а за потребами суспільства. Слід навчитись відрізняти громадських діячів, представників громадських об'єднань та організацій від журналістів. Необхідно пам'ятати про необхідність конструктивного діалогу з журналістом.

Загальні правила, основні принципи взаємовідносин:

- Конструктивний і позитивний підхід
- Поважати повноваження один одного
- Проявляти ініціативу

Який документ може підтверджувати належність до ЗМІ?

1. Посвідчення, видане безпосередньо редакцією (в т.ч. інтернет-видання) або засновником ЗМІ.
2. Прес-карта журналістської організації в тому числі міжнародної, посвідчення Національної спілки журналістів України (НСЖУ), Незалежної медіа профспілка України (НМПУ) або іншої профспілкової організації професійних журналістів.

Які реквізити мають бути на посвідченні журналіста:

1. Прізвище та ім'я
2. Фото
3. Ким видано (засновник, редакція)
4. Номер посвідчення
5. Строк дії посвідчення
6. Підпис посадової особи, яка видала, печатка (бажано).

При зверненні, окрім посвідчення, журналісту необхідно мати з собою копію свідоцтва про реєстрацію засобу масової інформації. Бажано, щоб журналіст мав при собі редакційне завдання – документ з печаткою ЗМІ і підписом уповноваженої особи, в якому прописані мета перебування журналіста на «об'єкті» та завдання, які перед ним поставлені. Важливо, що особа має одразу проінформувати про свою належність до преси, бажано, щоб у цієї

При розслідуванні цієї категорії злочинів, спеціальні знання можна використовувати шляхом проведення судово-медичних експертиз, судово-медичного освідування, залучення спеціаліста – медичного працівника до участі у слідчих (розшукових) діях.

Саме при розслідуванні кримінальних правопорушень вчинених медичними працівниками найнеобхіднішим є застосування спеціальних медичних знань, бо медичні працівники, вчиняючи злочини, ретельно приховують всі докази і свідомо розуміють, що слідчі не мають медичної освіти, тому не зможуть самі розібратись у тонкощах медичної професії. Відповідно, фахові знання медичних працівників, які вчинили кримінальні правопорушення, стають їх перевагою, а для слідчих перешкодою при розслідуванні злочинів. Прикрим є навіть і той факт, що при проведенні допиту колег підозрюваного, теж медичних працівників, частіш за все спостерігається принцип «рука руку мие». Тому, слідчий повинен розуміти важливість допомоги неупереджених спеціалістів – медичних працівників чи судово-медичних експертів для зібрання та оцінки доказів у такій категорії справ.

Про важливість використання спеціальних медичних знань при розслідуванні даної категорії кримінальних правопорушень свідчать також статистичні дані Генеральної прокуратури України. Якщо зробити вибірку по злочинах передбачених статтею 140 Кримінального кодексу України (КК України), а саме, неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником, можна побачити, що у 2015 р. до Єдиного реєстру досудових розслідувань (ЄРДР) було внесено відомості щодо 549 кримінальних правопорушень вчинених за ст. 140 КК України, досудове розслідування у яких здійснюється органами Національної поліції України, у 2016 р. – 642, у 2017 р. – 725, у 2018 р. – 655, у січні – квітні 2019 р. – 257. Натомість, кількість кримінальних правопорушень, за якими провадження направлені до суду із обвинувальним актом, складає у 2015 р. – 3, у 2016 р. – 0, у 2017 р. – 2, у 2018 р. – 3, у січні – квітні 2019 р. – 0 кримінальних правопорушень.

Отже, оцінивши вищенаведені статистичні показники, можна зробити висновок про збільшення кількості внесених в ЄРДР кримінальних правопорушень вчинених медичними та фармацевтичними працівниками за ст. 140 КК України, проте,

кількість кримінальних правопорушень, за якими провадження направлені до суду із обвинувальним актом, дорівнює майже нульовій позначці.

Оцінюючи ці показники, навіть сам слідчий повинен розуміти про нагальну необхідність використання спеціальних медичних знань при розслідуванні кримінальних правопорушень вчинених медичними працівниками. Також, доцільним є використання фахових знань спеціаліста-медичного працівника чи судово-медичного експерта, які не працюють в одній місцевості чи в одному регіоні з медичним працівником, що підозрюється слідством, аби виключити залежність в підпорядкованості одному керівнику, чи, навіть одному департаменту охорони здоров'я виконавчих органів міської чи обласної ради.

Щоб досягти кращих статистичних показників по розкриттю злочинів вчинених медичними працівниками, слідчий повинен розуміти важливість використання спеціальних медичних знань під час проведення слідчих (розшукових) дій, вивчати наукову літературу, дізнаватись лікар якої спеціальності і в чому саме може допомогти слідству, постійно підвищувати свій рівень знань шляхом вивчення нових досягнень медицини, нових методів експертного дослідження, а також, безумовно, проходити курси підвищення кваліфікації в інститутах післядипломної освіти у відомчих вищих навчальних закладах. Вищим навчальним закладам підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я України теж доцільно розробляти та проводити навчальні лекції та тренінги для слідчих з питань використання спеціальних медичних знань під час розслідування кримінальних правопорушень.

#### Список використаних джерел

1. Кримінальний процесуальний кодекс України : Закон України від 13 квіт. 2012 р. № 4651-17. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/4651-17>

2. Ковалевська Є. В. Використання спеціальних медичних знань під час розслідування злочинів : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.09. Київ, 2018. 298 с.

3. Ковалевська Є. В. Використання спеціальних медичних знань під час розслідування злочинів : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.09. Київ, 2018. 21 с.

4. Семенов В. В. Спеціальні знання в розслідуванні злочинів :

дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.09. Київ, 2006. 212 с.

5. Дунаєвська Л. Г. Розслідування злочинів, вчинених під час надання медичної допомоги : монографія / Л. Г. Дунаєвська. Київ. нац. ун-т ім. Тараса Шевченка. Київ : АДС УМКЦентр, 2012. 167 с.

#### **Ковбан Марина Юріївна**

Завідувач сектору забезпечення роботи наукової ради відділу навчальної та наукової діяльності лабораторії навчальної та наукової роботи ДНДЕКЦ МВС України

#### **ОРГАНИ ВИКОНАВЧОЇ ВЛАДИ VS ЖУРНАЛІСТИ**

При взаємодії політики та мас медіа відбувається їх обопільність, яка так чи інакше впливає на інформаційний вигляд органів виконавчої влади. Пожвавлений інтерес до подібних комунікацій останнім часом збільшився через соціальну необхідність покращення іміджу державних структурних об'єктів.

Журналістам потрібні посадовці, як джерело інформації та донесення до останніх думки, побажань громадськості. Посадовцям же потрібні журналісти задля налагодження каналу комунікацій.

Тривалий час через засоби масової комунікації органи виконавчої влади мали серйозний вплив на людську поведінку, могли формувати певну думку та створювати стереотипи. Із розвитком активного блогінгу та роздержавленням засобів медіа комунікативних каналів – це стало майже неможливо.

У представників органів виконавчої влади з'явилась потреба у формуванні нових стосунків та навичок спілкування з представниками ЗМІ та незалежними журналістами. Перш за все потрібно сформувати інші підходи до спілкування, які дозволять частково уникнути маніпуляцій у сучасному світі, щодо можливої некомпетентності органів виконавчої влади та зменшення негативної оцінки і позбавлення значності.

Основні засади зі співпраці органів виконавчої влади та журналістів визначені у низці міжнародних та вітчизняних правових документах, основними із яких є:

– Декларація прав людини від 10.12.1948 року;

– Конвенція про захист прав людини і основних свобод, прийнята 04.11.1950 року;