

НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ  
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІНФРАСТРУКТУРИ  
ТА ТЕХНОЛОГІЙ  
ІНСТИТУТ УПРАВЛІННЯ, ТЕХНОЛОГІЙ ТА ПРАВА  
ІМЕНІ ГЕТЬМАНА ПЕТРА КОНОШЕВИЧА-САГАЙДАЧНОГО  
ЮРИДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



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

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





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

<b>Цезар А.Р., Ергард Н.М.</b> Особливості притягнення медичних та фармацевтичних працівників до відповідальності.....	181
<b>Чуприна О.В.</b> Сучасні вимоги домедичної підготовки працівників національної поліції.....	184
<b>Щепанський С.О., Лис Д.О.</b> Насильство у сім'ї: судово-медичні аспекти.....	186
<b>Юрковська Л.Г.</b> Поняття суб'єктивного права на якісні лікарські засоби.....	188
<b>Яківчук Ж.В., Ергард Н.М.</b> Особливості судово-медичної експертизи трупа.....	190
<b>Яківчук Ж.В., Ергард Н.М.</b> Судово-медична експертиза ушкоджень від дії отруйних речовин.....	193
<b>Ясницька Е., Федорова О.А.</b> Байдужість лікарів до хворого – порушення прав пацієнта.....	195



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

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

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

#### Список використаних джерел

1. Абдулаев В. Г., Аскеров Т. К., Чуба И. В. Мобильные приложения для здоровья [Текст] *Радиоэлектроника и информатика*. 2014. Т. 1, № 64.
2. Дорош Н. В., Бойко О. В., Заячківська О. С. Вербально-фізіологічні методи оцінювання стану здоров'я та стилю життя студентів з використанням інформаційно-комп'ютерних технологій та мобільних медичних гаджетів [Текст] *Медична інформатика та інженерія*.- 2016. №1. С.65-66.
3. Дорош Н. В., Бойко О. В., Кучмії Г. Л., Дорош О. І. Розробка модульної концепції інформаційно-комунікаційної системи для задач охорони здоров'я [Текст] *Матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції "Фізико-технологічні проблеми передавання, обробки та зберігання інформації в інфокомунікаційних системах"*. Чернівці, 2016. С. 255-256.
4. Дорош О. І. Медичне мобільне пристрій на базі ОС ANDROID [Текст] *Вестник НТУ "ХПИ". Серія: Інформатика та моделювання*. Харков: НТУ "ХПИ", 2015. № 32 (1141). С.60-68.
5. Мінцер О. П., Шевченко Я. О. Особливості діагностики стану здоров'я пацієнта з позиції мобільної медицини. Постановка проблеми [Текст] *Медична інформатика та інженерія*. 2016. № 4 С. 31-36.
6. [https://zakon.rada.gov.ua/laws/term/22953&ved=2ahUKEwj14sbfze7IAhV55KYKHwSC1IQFjACegQIARAB&usg=AOvVaw2OkodhSozqrVKiIsO\\_jH9R](https://zakon.rada.gov.ua/laws/term/22953&ved=2ahUKEwj14sbfze7IAhV55KYKHwSC1IQFjACegQIARAB&usg=AOvVaw2OkodhSozqrVKiIsO_jH9R)
7. <http://synergy.ua/ua/mob-prilozhenia-i-intel-sobstvennost/>

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

#### СИНДРОМ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ГИПОПЛАЗИИ СЕРДЦА. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

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

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

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

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

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



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

#### Анализ результатов и выводы.

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

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

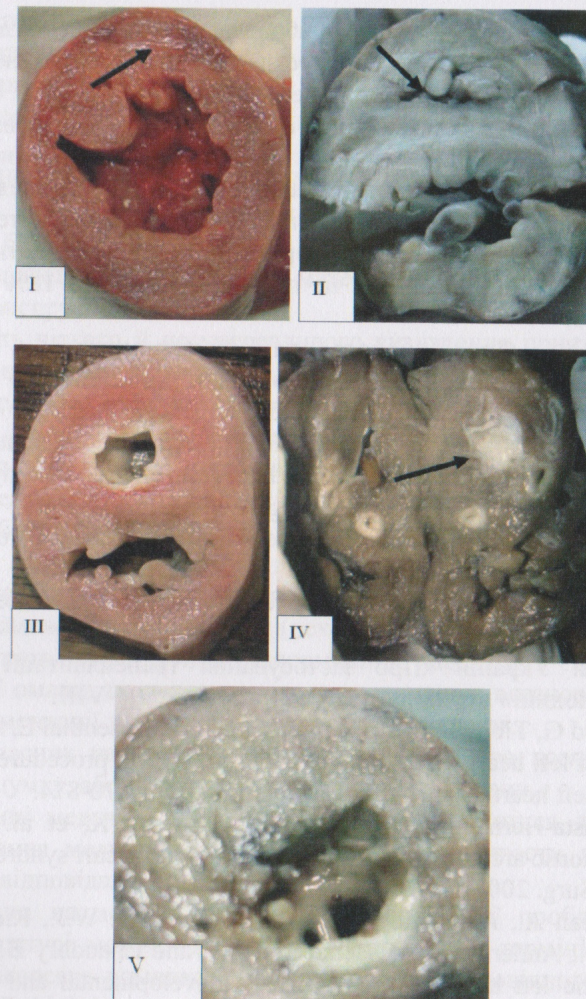


Рис. 1. Поперечные срезы сердец с СЛГС. Левые желудочки (I-V) типов (стрелка)

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



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

#### Список использованной литературы

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

#### Семенов Віктор Васильович

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

#### МЕДИЧНА ПОМИЛКА – КРИМІНАЛІСТИЧНИЙ АСПЕКТ

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

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

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

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

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

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

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

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